

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ НАМН»
ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО



Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**ЩОРІЧНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ:
МЕДИКАМЕНТОЗНА ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА
ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРИВАНЬ:
ПОГЛЯД В МАЙБУТНЄ**

присвячена пам'яті академіка Л. Т. Малої

20 квітня 2017 року



Харків
2017

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ “НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ НАМН”
ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**ЩОРІЧНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ:
МЕДИКАМЕНТОЗНА ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА
ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ:
ПОГЛЯД В МАЙБУТНЄ**

присвячена пам'яті академіка Л. Т. Малої

20 квітня 2017 року

Харків
2017

УДК 616.1/4-084

Щ 33

Відповідальний редактор
Г. Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:

Гальчінська В. Ю., Гріднев О. Є., Денисенко В. П., Коваль С. М., Ісаєва Г. С., Колеснікова О. В., Копиця М. П., Крахмалова О. О., Несен А. О., Рудик Ю. С., Серік С. А., Топчій І. І.

Відповідальний секретар: Грідасова Л. М.

Щ 33 “Щорічні терапевтичні читання: медикаментозна та не медикаментозна профілактика неінфекційних захворювань: погляд у майбутнє”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої пам’яті академіка Л. Т. Малої, 20 квітня 2017 р. /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2017. – 354 с.

У збірник включено тези доповідей, в яких розглянуто організаційні та медико-соціальні проблеми профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) працюючого населення; епідеміологію та ранню діагностику НІЗ; практичні аспекти медикаментозної та немедикаментозної профілактики НІЗ; нові технології в профілактичній медицині; багатофакторний підхід до профілактики НІЗ; питання стану здоров’я населення; основи доказової профілактики в охороні здоров’я.

Матеріали конференції призначені для спеціалістів різних медичних спеціальностей, що займаються проблемами теоретичної та практичної медицини, а також студентам медичних закладів.

ПРИМЕНЕНИЕ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Исхаков Ш. А., Турдикулова Ш. У.

*АО «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Институт
биоорганической химии АН РУз, Ташкент, Узбекистан*

Цель. Оценить влияние аторвастатина на липидный спектр у больных с нарушениями липидного обмена.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов (67,5% - мужчин и 32,5% - женщин) в возрасте до 70 лет узбекской популяции. Включали пациентов с признаками и симптомами атеросклероза, включая ишемическую болезнь сердца (ИБС), дислипидемию (общий холестерин (ОХС) выше 5,5 ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) – выше 3,0 ммоль/л и/или триглицериды (ТГ) выше 2 ммоль/л). Изучали активности аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), содержание билирубина, полиморфизм генов HMGCR и ApoE. Аторвастатин назначали в дозе 10-20 мг 1 раз в сутки в течение 3 месяцев.

Результаты. В процессе лечения у 28 (70%) больных удалось снизить уровень ОХС меньше 5,5 ммоль/л. Снижение показателя ХСЛПНП до 3,0 ммоль/л и ниже под влиянием аторвастатина наблюдалось у 23 (57,5%) пациентов. Целевые уровни ОХС и ХСЛПНП, соответствующие международным рекомендациям для больных с ИБС, к концу исследования были достигнуты у 17 (42,5%) пациентов. На 30% под влиянием терапии аторвастатином снижался показатель ТГ (с 2,3 до 1,61 ммоль/л). В процессе терапии отмечено повышение показателя ХСЛПВП (с 1,20 ммоль/л до 1,27 ммоль/л), прирост составляет в среднем 5,8%. Генотипирование образцов на наличие полиморфизма rs445925 гена ApoE/ApoE выявило, что вариант rs445925 гена ApoE в гетерозиготном состоянии связан со снижением уровня ХС и ЛПНП в крови. Полиморфизма rs6511720 гена LDLR выявил гетерозиготный вариант G/T (встречаемость 13,2%) и в 2,6% гомозиготный вариант G/G, при нормальной и самой часто встречающейся аллели G/G в 84,2% случаев. Изучение полиморфизма генов HMGCR и ApoE позволило подобрать более эффективные и безопасные дозы препарата. После лечения показатели активности АЛТ ($32,0 \pm 6,7$, Ед/л), АСТ ($23,1 \pm 5,1$, Ед/л) и содержания билирубина ($14,8 \pm 5,2$ мкмоль/л) в крови исследованных были в пределах нормальных величин.

Заключение. Аторвастатин показал выраженные гиполипидемические свойства у больных с ИБС со стабильной стенокардией и дислипидемией, а изучение полиморфизма генов позволило подобрать эффективные и безопасные дозы препарата.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕКОТОРЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И БЕСПЛОДИЯ**
**Абдуллаев А. Х., Нурмухамедов А. И., Каримов М. М., Аляви Б. А.,
Шосаидов Ш. Ш.**

*АО «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;*

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – оценка эффективности растительного сбора ХероХелп в комплексном лечении мужчин с некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями и первичным бесплодием.

Материал и методы. Молодые мужчины с гастритом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, дискинезией желчных путей в сочетании с первичным бесплодием получали стандартную терапию и физиобальнеолечение (интердин; магнитотерапию; Д'арсанваль ректально, после очистительной клизмы; озокеритовые аппликации; гальваногрязь; массаж простаты ч/день) (I группа, 22). Пациенты II группы (23) на фоне аналогичного лечения – ХероХелп (HealthHelpers) по схеме. Проводили необходимые клинико-инструментальные и другие исследования (урологические, исследование гормонов, анализы эякулята и др.).

Результаты. У обследованных выявлены психо-эмоциональные расстройства, снижение андрогенной активности, хронический простатит, а также олигозооспермия (сперматозоиды от 8 до 18 млн/мл). Образцы по биохимическим показателям статистически значимого различия среди групп не отличались. У 11 пациентов II группы к концу лечения на фоне увеличенных объемов эякулята (3,5-4,0 мл) улучшились и основные показатели. Количество морфологически нормальных форм сперматозоидов увеличилось до 23 млн/мл. Под влиянием растительного отмечено увеличение количества сперматозоидов на 20%. Положительная динамика параметров спермы наблюдалась и через 3 месяца после лечения. У 40,9% пациентов II группы отмечено повышение сексуального интереса и активности (против 20,8% в I группе). Побочных эффектов, связанных с приемом ХероХелп, и случаев отмены не было. Растительный сбор (экстракты Золотого корня, Девясила, Ферулы, Элеутерококка, Карликовой пальмы, Эпимедиума крупноцветкового, Левзеи сафроловидной, Аниса, Алоэ, Ятрышника) улучшает микроциркуляцию, уменьшает застойные явления в предстательной железе, оказывает противовоспалительное действие, снижает дизурические нарушения. При этом испытанный сбор, на наш взгляд, благоприятно влияет и патогенетические факторы заболеваний органов пищеварения и усиливает эффект базисной терапии.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать ХероХелп у больных с патологией органов пищеварения в сочетании с бесплодием в составе комплексной терапии.

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**
Абдуллаев А. Х., Алиахунова М. Ю., Аляви Б. А., Ачилова Ж. Г.

*АО «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

Цель - оценка эффективности и безопасности применения лефлуномида в течение у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Наблюдали 22 больных РА в возрасте от 43 до 60 лет, длительность заболевания 5-12 лет. Критерии включения признаки активности заболевания; отсутствие значимых сопутствующих заболеваний и системного назначения глюкокортикостероидов (ГК) и внутрисуставных введений ГК в течение месяца. Критерии исключения - противопоказания к назначению лефлуномида. Пациенты получали базисный препарат лефлуномид(багеда, *Dr.Sertus*), который назначался по стандартной схеме: первые 3 дня по 100 мг/сутки, далее в дозе 20 мг 1 раз в сутки. Оценка эффективности багеда проводилась по критериям EULAR. Наблюдение проводили в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. До начала терапии багеда индекс активности заболевания - DAS28 соответствовал средней и высокой активности РА. Через 2 недели терапии ремиссия была достигнута у большинства пациентов, вошедших в исследование. Результаты клинико-лабораторного исследования подтверждают эффективность препарата багеда. Оценка боли и общего состояния здоровья пациентом по визуальной аналоговой шкале, число припухших, число болезненных суставов, индекс WOMAC, скорость оседания эритроцитов, концентрации С-реактивного белка, интерлейкинов(ИЛ-1 и ИЛ-60, фактор некроза опухоли-б в динамике исследования показали благоприятное влияние использованной терапии. Количество болезненных суставов уменьшилось в среднем на 70%, припухших — на 76%, при этом ответ больных с меньшей продолжительностью заболевания был более выраженным. Повысилась функциональная активность суставов, которая улучшилась в среднем на 40%, более выражено у пациентов с меньшей продолжительностью болезни. Препарат показал свой положительный эффект в лечении больных РА с любой длительностью заболевания. На ранней стадии болезни отмечается более быстрое наступление клинического эффекта и высокая частота развития клинической ремиссии. Уже через 1 месяц лечения багедом выявлено значимое улучшение изученных показателей активности РА. Наблюдение продолжается.

Заключение. Багеда является эффективным препаратом в лечении РА, терапевтический эффект которого стабильно удерживается на протяжении всего периода лечения. Препарат может быть рекомендовать для базисной терапии РА как в монотерапии, так и в комплексе с другими препаратами.

ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Абдухакимова Н. А., Хатамова Д. Т., Хасанова Х. Д., Ибадова М. У.
Ташкентский институт усовершенствование врачей, Узбекистан

Цель: изучить связь подагры с отдельными компонентами метаболического синдрома (МС) и оценить динамику различных категорий гипергликемии по мере старения популяции.

Материалы и методы. Анализируются результаты популяционного исследования, выполненного на репрезентативной выборке из неорганизованного населения в количестве 1335 человек и клинического исследования 120 пациентов, страдающих подагрой. В работе использованы стандартные методы обследования, рекомендованные для популяционных и клинических исследований. В качестве критериев выявления МС и его компонентов применялись рекомендации IDF (2005). В качестве основных компонентов МС рассматривались артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела (ИМТ), дислипидемия и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). Вместе с тем, случаи НТГ анализировались с учётом гипергликемии натощак и постнагрузочной гипергликемии.

Результаты. Установлено, что у больных подагрой МС и его основные компоненты МС встречались чаще, чем среди лиц с нормальным уровнем мочевой кислоты. МС при подагре встречается в 83,33% случаев. Вместе с тем, частота основных компонентов МС у больных подагрой и без этого заболевания существенно различаются, больных без подагры: АГ встречается у 17,3%, ИМТ – 14,03%, ожирение – 4,11%, НТГ – 34,15%, дислипидемия – 22,76%), а у больных подагрой: АГ – 80,84%, ИМТ – 53,33%, ожирение – 31,67%, НТГ – 89,17%, дислипидемия – 89,20%.

Согласно полученным данным, частота случаев НТГ через 2 часа после нагрузки глюкозой с возрастом увеличивается. Отмечены статистически значимые различия частоты этого вида гипергликемии с возрастом. При этом, частота случаев гипергликемии натощак с возрастом снижается. В литературе имеется немало сообщений об увеличении частоты постнагрузочной гипергликемии по мере старения популяции. Вместе с тем, в нашем исследовании установлено, что в возрасте 60-69 лет частота встречаемости всех категорий НТГ несколько ниже, чем в возрасте 50-59 лет.

Выводы. Полученные данные позволяют заключить, что все компоненты МС тесно связаны с подагрой. Вместе с тем, более низкую частоту НТГ в возрасте 60-69 лет относительно возрастной группы 50-59 лет можно объяснить более интенсивным выбыванием из популяции лиц с гипергликемией в этой возрастной группе.

**ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ
В МОЗГЕ КРЫС ЛИНИИ SHR ПОД ВЛИЯНИЕМ
КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ КЛЕТОК КОРДОВОЙ КРОВИ**

Айдарова В. С., Кудокоцева О. В., Ломакин И. И.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков*

Цель работы - изучить влияние криоконсервированных препаратов кордовой крови на процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) в мозговой ткани крыс линии SHR.

Крысам линии SHR (спонтанно-гипертензивные крысы) характерны повышенные цифры артериального давления, вязкости крови, изменения в системе микроциркуляции, снижение деформируемости эритроцитов и мозгового кровотока. Можно предполагать, что генетически детерминированный патогенез головного мозга спонтанно гипертензивных крыс характеризуется и нарушениями процессов ПОЛ. Работу выполняли на крысах линии SHR и Вистар. Суспензию криоконсервированных ядродержащих клеток (кЯСК) кордовой крови (КК) вводили животным внутрибрюшинно в дозе 5×10^8 жизнеспособных ЯСК/кг. Интенсивность ПОЛ определяли спектрофотометрически по скорости накопления малонового диальдегида (МДА) в гомогенате мозговой ткани и вычисляли в присутствии прооксидантов (соли Мора и аскорбиновой кислоты) (индуцированное ПОЛ) и в их отсутствии (спонтанное ПОЛ) на 7 и 30 дни после введения кЯСК КК.

Показано, что у спонтанно гипертензивных крыс линии SHR достоверно, в сравнении с нормотензивными крысами Вистар, уровень МДА во всех реакциях (исходная, спонтанная и индуцированная) был достоверно выше (в 1,5-2 раза). Уровень МДА у крыс SHR составлял ($0,26 \pm 0,02$; $0,64 \pm 0,11$; $0,91 \pm 0,85$ нмоль МДА/мг мозговой ткани) против соответствующих показателей для крыс Вистар ($0,11 \pm 0,01$; $0,45 \pm 0,02$; $0,50 \pm 0,03$). Т.о., полученные нами данные подтвердили положение о том, что при хронической артериальной гипертензии в коре головного мозга отмечается усиление процессов ПОЛ. Введение кЯСК КК нормотензивным крысам Вистар достоверно не влияло, хотя и снижало на 10-12% уровень МДА в исходной, спонтанной и аскорбат-индуцированной реакциях ПОЛ на 7 сут наблюдения. У крыс линии SHR внутрибрюшинной введение кЯСК КК также вызывало снижение уровня МДА во всех трех реакциях на 7 сут., однако эти изменения были достоверными только в аскорбат-индуцированной реакции. На 30 сут. после введения кЯСК КК достоверных различий в исследуемых показателях не выявлено. Возможно, препараты кЯСК КК могут способствовать повышению антиоксидантной защиты в мозге крыс (индуцированная реакция), но не могут повлиять на генетически детерминированный уровень ПОЛ, проявляющийся в его исходной и спонтанной реакциях.

ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аль-Травнех Е. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: изучить влияние глипикана-4 на развитие инсулинорезистентности у пациентов с предиабетом и сахарным диабетом (СД) 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследуемые пациенты разделены на группы: 1-ю группу составили 45 пациентов с предиабетом и АГ, 2-ю группу – 48 пациентов с субкомпенсированным СД 2 типа и АГ. Контрольная группа (n=20) максимально сопоставима по возрасту и полу к обследуемым больным. Концентрацию инсулина определяли с использованием твердофазного иммунологического анализа. Уровень глюкозы венозной крови натощак (ГКН) определяли по стандартной биохимической методике. Показатель гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) определялся турбидиметрическим методом. Инсулинорезистентность (ИР) оценивали по модели НОМА. Показатели глипикана-4 определяли методом иммуноферментного анализа. Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с использованием компьютерной программы Statistica.

Результаты. Большинство пациентов в обеих обследованных группах (62,4% и 68,4%, соответственно) были с ИМТ в пределах 30–34,9 кг/м². Установлено, что концентрация глипикана-4 в сыворотке крови у пациентов с предиабетом и АГ в 1,3 раза выше, чем в группе контроля (p<0,05). У пациентов 1-й группы доказана положительная корреляционная взаимосвязь глипикана-4 с НОМА (r=0,54; p<0,05), уровнем глюкозы (r=0,46; p<0,05), ИМТ (r=0,46; p<0,05), HbA_{1c} (r=0,56; p<0,01).

В группе пациентов с СД 2 типа и АГ наблюдается достоверное снижение концентрации глипикана сыворотки крови в 1,2 раза, чем в группе контроля (p<0,05). У пациентов данной группы статистически значимых корреляционных взаимосвязей между концентрацией глипикана-4 в сыворотке крови и изучаемыми показателями углеводного обмена не установлено.

Выводы. Доказано, что повышение концентрации глипикана-4 в сыворотке крови у пациентов с предиабетом и АГ способствует формированию ИР. Для пациентов с СД 2 типа и АГ характерно снижение глипикана-4 в сыворотке крови, что говорит об утрате компенсаторных возможностей жировой ткани, направленных на устранение проявлений ИР.

ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Асанов Э. О., Дыба И. А., Осьмак Е. Д.

*ГУ «Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины»,
г. Киев*

Как известно, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) занимает ведущее место в структуре смертности, заболеваемости и инвалидности, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста. Ведущим патогенетическим механизмом развития ХОЗЛ является бронхиальная обструкция. Однако возможности медикаментозной терапии в пожилом возрасте ограничены и часто сопряжены с развитием нежелательных побочных реакций. В этой связи привлекает внимание безмедикаментозный способ терапии бронхиальной обструкции при ХОЗЛ – дыхательные тренировки, при которых создается позитивное давление в конце выдоха (РЕЕР – Positive End Expiratory Pressure).

Цель работы. Оценить влияние дыхательных тренировок с РЕЕР на бронхиальную проходимость у больных пожилого возраста с ХОЗЛ.

Обследуемые и методы. Обследовано 25 больных ХОЗЛ пожилого возраста (60-74 года), I-II ст., вне обострения. На протяжении исследования у больных с ХОЗЛ допускалось использование ингаляторного β_2 -агониста короткого действия сальбутамола по требованию.

Исследования проводили до и после курса дыхательных тренировок с РЕЕР. Курс тренировок состоял из 10 сеансов, каждый сеанс включал в себя 15 минутное дыхание с РЕЕР 5 см вод. ст. Дыхательные тренировки с РЕЕР проводили с помощью дыхательного тренажера “Threshold PEP” (Германия).

До и после курса дыхательных тренировок с РЕЕР определяли показатели вентиляционной функции легких и бронхиальной проходимости с помощью спирометра "Spirobank" (Mir, Италия).

Результаты и обсуждения. Исследования показали, что в результате применения курса дыхательных тренировок с РЕЕР у больных пожилого возраста с ХОЗЛ улучшается бронхиальная проходимость. Об этом свидетельствует повышение у них показателей, отражающих бронхиальную проходимость (FEV_1 , MEF_{75} , MEF_{50}) после курса дыхательных тренировок с РЕЕР. При этом увеличение MEF_{50} и MEF_{75} свидетельствует об улучшении бронхиальной проходимости на уровне средних и мелких бронхов. Также у больных пожилого возраста с ХОЗЛ после курса дыхательных тренировок с РЕЕР повысилась FVC.

Выводы. Курсовое применение дыхательных тренировок с РЕЕР приводит к повышению бронхиальной проходимости и улучшению вентиляции у больных пожилого возраста с ХОЗЛ.

ХРОНІЧНА КРОПИВ'ЯНКА У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА

Бабаджан В. Д., Шумова Н. В., Амер Л. Б., Москаленко Л. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: продемонструвати патогенетичні чинники хронічної кропив'янки (ХК), впливаючи на які лікар-терапевт може модифікувати перебіг захворювання, досягти покращення стану хворих.

Кропив'янка – це алергічне захворювання, що супроводжується свербіжем і проявляється еритематозним та пухирним висипом. При ХК уртикарні елементи повторюються протягом тривалого часу – понад 6 тижнів. Симптоми ХК пов'язані з активацією тучних клітин (ТК) шкіри. При алергічній кропив'янці IgE зв'язуються з ТК шкіри і алергенами, що призводить до вивільнення медіаторів. У пацієнтів з ХК виявлена активація каскаду коагуляції через дії тканинного фактора, який експресується еозинофілами, що інфільтрують шкірні висипання. У багатьох пацієнтів при ХК дегрануляція ТК не пов'язана зі стимуляцією IgE-рецепторів і виникає по IgE- і IgG-непов'язаним механізмам. Зв'язок ХК з інфекційними захворюваннями повністю не доведений, однак існують дослідження, в яких продемонстровано поліпшення течії або настання ремісії ХК, що супроводжується високим титром антистрептолізину-О і циркулюючих імунних комплексів, після ерадикації інфекційного процесу. У зв'язку з цим, рекомендується після виключення інших причин ХК проводити дослідження на інфекції і призначати антибіотики в разі їх виявлення.

В одних наукових роботах показано, що у хворих на ХК і виразкову хворобу, обумовлену *H. pylori*, лікування інфекції антибіотиками призводить не тільки до загоєння виразок, а й до зникнення кропив'янки, в інших – позитивний зв'язок між ерадикацією мікроорганізму і ХК був відсутнім.

У деяких дослідженнях вказується на появу кропив'янки при хронічних паразитарних інфекціях, наприклад, таких як *Blastocystis hominis* і *Giardia lamblia*. Вважається, що інші паразити, наприклад *Trichinella spiralis*, *Trichomonas vaginalis*, *Toxocara canis*, *Echinococcus granulosus*, також можуть викликати ХК, але набагато рідше. Важливо, що висока еозинофілія служить головним діагностичним маркером паразитарних інвазій.

ХК може бути пов'язана із захворюваннями і станами, що супроводжуються гормональними порушеннями, включаючи ендокринопатії, менструальний цикл, вагітність, менопаузу і застосування оральних контрацептивів або замісної гормональної терапії.

Таким чином, лікування захворювань внутрішніх органів, що спостерігаються при ХК і патогенетично пов'язані з нею, може сприяти зменшенню висипань і покращенню стану хворих.

ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ ТА ФАКТОР РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 21 У ПАЦІЄНТІВ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Бабак О. Я., Лапшина Е. А.

*Харківський національний медичний університет,
Кафедра внутрішньої медицини №1, Україна*

Порушення секреції адипокінів може грати ключову роль в розвитку метаболічного синдрому, в тому числі неалкогольний жирової хвороби печінки (НАЖХП) і прогресуванні неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ). Надлишкова вісцеральна жирова тканина була визначена в якості однієї з основних причин, яка веде до розвитку НАЖХП.

Мета дослідження: вивчити рівні фактору росту фібробластів-21 (FGF21) і показники ліпідного профілю в крові пацієнтів з НАСГ.

Матеріали і методи дослідження: було обстежено 90 пацієнтів з НАЖХП в стадії НАСГ, групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Серед обстежених було 67 чоловіки і 53 жінок у віці від 30 до 60 років. Проводилась оцінка клініко – біохімічних даних. Визначення FGF21 проводилися імуноферментним методом в плазмі крові.

Результати. Показники рівнів FGF21 у пацієнтів досліджуваних груп мали достовірну різницю – середні показники в першій групі склали: 343,74 (274,4; 413,94) пг / мл – медіана, 25й і 75й квартили відповідно; в групі контролю медіана склали 101,96 (91,87; 117,5) пг / мл, ($< 0,001$). Середні показники ліпідного профілю в першій групі склали: загальний холестерин – $(5,8 \pm 0,32)$ ммоль / л, тригліцеридів – $(1,89 \pm 0,85)$ ммоль / л, холестерин ЛПДНЩ – $(0,7 \pm 0,16)$ ммоль / л, ЛПВЩ – $(0,72 \pm 0,3)$ ммоль / л, ЛПНЩ – $(3,71 \pm 0,7)$ ммоль / л, КА – $(3,46 \pm 1,2)$; в групі контролю: загальний холестерин $(4,25 \pm 0,6)$ ммоль / л, тригліцеридів – $(0,89 \pm 0,09)$ ммоль / л, холестерин ЛПДНЩ – $(0,48 \pm 0,07)$ ммоль / л, ЛПВЩ – $(1,4 \pm 0,08)$ ммоль / л, ЛПНЩ – $(2,27 \pm 0,16)$ ммоль / л, КА – $(1,96 \pm 0,1)$ ($p < 0,05$).

Висновки. Аналіз рівнів FGF21 в плазмі крові показав достовірні відмінності між групами пацієнтів НАСГ і групою контролю. Показники ліпідного профілю і рівні FGF21 значно перевищували результати групи контролю.

РОЛЬ ГЛУТАТИОНА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ КОРДОВОЙ КРОВИ

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

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков, Украина*

Расширение использования препаратов КК привело к необходимости создания сети криобанков, в которых образцы хранятся в замороженном состоянии при температуре -196°C без потери их биологических свойств в течение неограниченного времени. Однако, эффективность их применения зависит от количества сохранных клеток и их функциональной активности после размораживания.

Процесс замораживания-отогрева клеток может вызывать целый ряд необратимых изменений, что влечет за собой снижение качества препарата. Поэтому разработка и оптимизация методов криоконсервирования является актуальной задачей.

В настоящее время основным криопротектором для замораживания ядродержащих клеток (ЯСК) является ДМСО в концентрации 7,5-10%. Следует отметить, что в последнее время появляется все больше данных о том, что при криоконсервировании происходит увеличение количества АФК в клетках, которые могут вызывать нарушения вплоть до разрушения клеток. Поэтому, с нашей точки зрения, было целесообразным изучить влияние добавления антиоксидантов в криопротекторные растворы с целью предотвращения или замедления развития необратимых процессов в клетках. Одним из таких антиоксидантов является глутатион. В нашей работе мы использовали 3 мМ концентрацию данного вещества.

Результаты анализа сохранности и жизнеспособности ЯСК после криоконсервирования с 7,5% ДМСО без внесения глутатиона продемонстрировали снижение данных показателей ($72,1 \pm 3,2$ и $73,4 \pm 2,1\%$ соответственно) и обратную зависимость между числом сохранных клеток и количеством клеток с избыточным содержанием АФК, которое составляло $20,6 \pm 3,2\%$.

Добавление к криозащитной среде 3 мМ раствора глутатиона способствовало достоверному повышению показателя сохранности после криоконсервирования ($90,8 \pm 1,7\%$) и снижению количества клеток с избыточным содержанием АФК ($9,1 \pm 1,8\%$). При этом, абсолютное количество $\text{CD45}^+\text{7AAD}^-$ -клеток составило порядка 79%, что на 11% выше по сравнению с данными, полученными без добавления антиоксиданта.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования глутатиона, что является предпосылкой для продолжения работ по изучению влияния данного антиоксиданта и других соединений с аналогичными свойствами на клетки кордовой крови.

УРОВЕНЬ КОНЕЧНЫХ ПРОДУКТОВ NO В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СТАРЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бабийчук Л. В., Коваль С. Н.

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

Оксид азота (NO) играет важную роль в регуляции коронарного кровотока. Умеренный стресс увеличивает продукцию NO, а при длительном и интенсивном раздражении генерация NO снижается, что может быть одной из важных причин возникновения стрессорного коронарораспазма. Снижение количества NO в сыворотке крови ведет к развитию эндотелиальной дисфункции, что в итоге приводит к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью данного исследования было изучить изменение количества NO на модели стресс-индуцированной АГ у старых крыс. Эксперименты проводились на 24 месячных белых беспородных крысах с соблюдением международных принципов Европейской конвенции о защите позвоночных животных (Страсбург, 1985г.) Экспериментальные животные были разделены на две группы: 1 группа – контроль; 2 группа – животные, со стресс-индуцированной АГ. Динамику изменения количества NO проводили через трое суток, неделю и месяц после возникновения стойкой артериальной гипертензии. Для определения суммарных метаболитов NO (СМ NO) был использован спектрофотометрический метод определения нитрит-иона, основанный на реакции нитритов с реактивом Грисса,

Через 3 дня после развития АГ происходило достоверное повышение уровень суммарных метаболитов NO практически в два раза от уровня контрольных животных. Можно предположить, что первоначальное повышение СМ NO является компенсаторной реакцией организма старых животных на стресс. На 7 сутки после развития АГ уровень СМ NO резко снижался, что может свидетельствовать об ингибировании NO-синтазы массивного образования NO в ранние сроки и прогрессирования патологического состояния.

Спустя месяц уровень СМ NO в сыворотке крови старых животных со стресс-индуцированной АГ был достоверно ниже значений контрольных животных.

Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о наличии устойчивого патологического процесса с развивающимися дистрофическими изменениями эндотелия сосудов.

ОСОБЛИВОСТІ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ ЛІПІДНОЇ ФРАКЦІЇ СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

Бабій С. О., Кленіна І. А., Діденко В. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпро, Україна

Мета: порівняти склад вільних жирних кислот (ЖК) сироватки крові у пацієнтів зі стеатозом печінки різної етіології.

Матеріали та методи. Обстежено 44 дорослих пацієнта віком від 28 до 58,9 років, які відповідно до діагнозу були поділені на наступні групи: I – умовно здоровий контроль (n=8), II – неалкогольна жирова хвороба печінки (n=28), III – алкогольний стеатогепатит (n=3) і IV – стеатоз печінки асоційований з вірусним гепатитом С (n=5). Хроматографування метилових ефірів ЖК проводили на хроматографі Кристал-5000 з полум'яно-іонізаційним детектором і капілярною колонкою Restek 60 м (США) у визначених нами оптимальних умовах газохроматографічного розділення зі стандартною пробопідготовкою.

Результати. У обстежених пацієнтів знижувався загальний вміст ЖК в сироватці крові. Найбільш значні зміни відмічені в групах III і IV, де рівень цього показника був відповідно в 7 і в 11 разів нижчим за контрольне значення. Причиною таких змін було зменшення загального вмісту ненасичених ЖК: в групі II в 1,3 рази ($p > 0,05$), в групі III – в 8 разів ($p < 0,05$) і в групі IV – в 10 разів ($p < 0,05$), порівняно з контролем. Слід зазначити, що вміст поліненасичених ЖК у пацієнтів II групи збільшувався вдвічі у порівнянні з контролем, тоді як в III і IV знижувався в 3 і 5 разів, відповідно. Таким чином, співвідношення насичених, ненасичених і поліненасичених ЖК в контрольній групі становило 70:20:10, тоді як в групах II і IV відбувався зсув у бік зменшення кількості ненасичених ЖК – 70:10:20. Найбільш виражені зміни відмічені в групі III – 80:0:20. Таке зниження вмісту ненасичених ЖК зазвичай відбувається за умов активації процесів ліпідної пероксидації і супроводжується зменшенням загальної концентрації поліненасичених ЖК, що співвідноситься з нашими результатами.

Висновки. Жирнокислотний склад сироватки крові пацієнтів зі стеатозом має достовірну різницю в залежності від етіології захворювання і характеризується зниженням загального вмісту ЖК за рахунок дефіциту ненасичених ЖК. Отримані дані свідчать про можливість використання довголанцюгових вільних жирних кислот для діагностування захворювань, пов'язаних з порушенням структури і в'язкості гепатоцитів. Їх подальше вивчення відкриває перспективи для глибшого розкриття патогенезу стеатозу і підвищення ефективності його лікування.

CARBOHYDRATE METABOLISM DEVIATIONS IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND METABOLIC SYNDROME

Babu B., Prosolenko K.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

The prevalence of NAFLD worldwide reaches 27-30% in the adult population and continues to grow. Deviations of carbohydrate metabolism have important role in pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and metabolic syndrome (MS). Can both influence the mechanisms of the development of the NAFLD, and contribute to its progression.

Aim: To examine the clinical and laboratory features of disorders of carbohydrate metabolism in patients with liver steatosis (LS) with different stages and MS.

Materials and Methods: 68 patients aged 18 to 65 years with NAFLD and MS were examined. Patients were divided into two groups - the first with NS I-II stages of LS (n=41); second - III stage of LS (n=27). The control group consisted of 20 healthy volunteers. To assess control of carbohydrate metabolism studied daily glycemic profile with the definition of fasting glucose, before and 90 minutes after breakfast, lunch and dinner, also at 24 and 3 o'clock. For monitoring carbohydrate metabolism used the following indicators: ADFG - average daily fasting glucose; APG - average postprandial glycemia; ADAG - the average daily amplitude of glycemia. The level of glycosylated hemoglobin (HbA1s) using a set of "Diabetes Test".

Results: The highest level of ADFG and APG detected in patients from second group: $7,21 \pm 0,12$ and $9,83 \pm 0,31$ mmol/l against $5,92 \pm 0,21$ and $6,17 \pm 0,22$ mmol/l respectively in I and II groups. In these patients was the largest ADAG: $2,51 \pm 0,23$ mmol /l compared with $1,51 \pm 0,18$ mmol /l in patients with III stage of LS. HbA1s values were significantly higher in representatives of both groups, but more among patients with III stage of LS - $8,62 \pm 0,35$ and $6,61 \pm 0,42\%$ respectively, to 81.5% and 43.3% higher than rates healthy individuals.

Conclusion: carbohydrate metabolism make a significant contribution to the development and progression NAFLD that must be considered when assigning differential treatment for the patients.

ВОЗМОЖНОСТИ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛЛИНОЗОМ

Бездетко Т. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Довольно большой объем информации по аллерген-специфической терапии (АСИТ) позволил в начале XXI века ставить вопрос о механизмах лечебного воздействия данного метода.

Цель исследования – оценить результаты АСИТ у больных с сенсibilизацией и клиническими проявлениями аллергии к пыльце полыни и амброзии, с учетом поликомпонентной диагностики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 16 пациентов с поллинозом, сенсibilизацией к пыльце амброзии (Amb a1), в возрасте от 18-49 лет. Верификацию диагноза проводили с учетом данных аллергического анамнеза, объективных данных, клинико-лабораторных и иммунологических исследований. Для определения видоспецифических компонентов использовали иммунофлюоресцентный метод ImmunoCAP («Phadia AB», Швеция). Все больные по схеме получали сублингвальные аллергены (спрей для подъязычного введения фирмы Диатер, Испания). Наблюдение было проведено в течение 2,5 лет. Динамика субъективных и объективных симптомов оценивалась в балах.

Результаты. За время лечения была отмечена положительная динамика, так до лечения количество баллов составило ($11,23 \pm 1,12$), после – ($2,05 \pm 0,32$) баллов $p < 0,01$. Данные изменения позволили оценить состояние пациентов после лечения – как хорошее. Уровень аллерген-специфического IgE (sIgE) до лечения составил ($18,3 \pm 2,26$) kU/L, после лечения – ($2,34 \pm 0,34$) kU/L. Мониторинг уровня аллерген-специфического IgG4 (sIgG4) увеличился в 2,3 раза.

Динамика содержания sIgE при повторных курсах АСИТ приводила к уменьшению содержания sIgE по сравнению с исходным уровнем и сопровождалось повышением sIgG4.

Выводы. Подтверждена гипотеза о том, что мониторинг sIgG4 к мажорным компонентам Amb a1 может быть иммунологическим критерием эффективности аллерген-специфической терапии.

ВЛИЯНИЕ АДИПОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛЮКОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – изучить влияние дисбаланса остеопротегерина (ОПГ) и обестатина на прогрессирование глюкометаболических нарушений у пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов с АГ II стадии 2-й степени. Средний возраст составил $48,7 \pm 4,3$ года. Пациенты разделены на группы: 1-ю группу составили 41 пациент с АГ и СД 2 типа, 2-ю группу – 35 пациентов с АГ без СД 2 типа. Контрольная группа ($n=20$) была максимально сопоставима по возрасту и полу к обследуемым больным.

Изучали показатели углеводного обмена: концентрацию глюкозы крови натощак (ГКН), инсулин, уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Инсулинорезистентность оценивали по модели НОМА. Показатели липидного спектра: содержание общего холестерина (ОХ) в сыворотке крови, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП). Концентрацию ОПГ и обестатина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с использованием компьютерной программы Statistica.

Результаты. Увеличение массы тела наблюдались у 73,8 % пациентов 1-й группы и у 46,4 % пациентов 2-й группы. Значения ГКН и НОМА-IR у пациентов 1-й группы были достоверно выше в сравнении с показателями 2-й группы ($p < 0,01$).

Установлено, что у пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа уровень циркулирующего ОПГ в сыворотке крови был выше, чем у пациентов с АГ в 1,5 раз ($p < 0,001$). Отмечена положительная корреляционная взаимосвязь ОПГ с НОМА ($r=0,44$; $p < 0,05$), ОХ ($r=0,52$; $p < 0,05$), ЛПНП ($r=0,48$; $p < 0,05$), и отрицательная корреляционная взаимосвязь с ЛПВП ($r=-0,52$; $p < 0,05$).

Уровень обестатина сыворотки крови у пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа был в 1,4 раза ниже, чем в группе с АГ ($p < 0,05$). Выявлены отрицательные корреляционные взаимосвязи концентрации обестатина сыворотки крови с ИМТ ($r=-0,48$; $p < 0,05$), ОХ ($r=-0,48$; $p < 0,05$), ТГ ($r=-0,48$; $p < 0,05$) и положительные с ЛПВП ($r=0,48$; $p < 0,05$).

Выводы. Установлено, что сочетанное течение АГ и СД 2 типа сопровождается прогрессированием глюкометаболических нарушений, которые наиболее выражены у пациентов с избыточной массой тела. Повышение концентрации ОПГ и снижение обестатина в сыворотке крови, можно рассматривать как маркер неблагоприятного течения коморбидных АГ и СД 2 типа.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А.,
Шапошникова Ю. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Оценить влияние variability сердечного ритма (ВСР) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 184 больных, из них 74 женщины, с АГ 2-3 степени (среднее систолическое и диастолическое давление соответственно: $164,4 \pm 8,6$ мм рт ст; $98,3 \pm 7,4$ мм рт ст), возраст – $58,4 \pm 9,7$ лет, индекс массы тела (ИМТ) – $28,2 \pm 2,0$ кг/м²), имевших ХСН II-A стадии на момент включения. В зависимости от исходного функционального класса (ФК) ХСН по классификации NYHA было выделено 2 группы: 1 группа – 2 ФК (102 пациента), 2 группа – 3 ФК (82 пациента). Всем больным каждые 3 месяца в течение 1 года выполнялась электрокардиограмма (ЭКГ) утром 08:00-09:00 натощак в 5-ти минутном интервале записи. Оценивались данные спектрального анализа ВСР: высокочастотный компонент (HF), низкочастотный компонент (LF), их соотношение (L/H) и общая мощность спектра (TP). Контролем служили данные 20 здоровых добровольцев аналогичного пола и возраста.

Результаты. Средняя ЧСС за сутки на момент включения составляла в 1 и 2 группах соответственно: $82,2 \pm 4,8$ и $88,2 \pm 6,4$ в 1 мин (контроль $60,2 \pm 2,4$; $p < 0,05$). Установлено снижение индексов спектрального анализа ВСР, более выраженное у больных 2 группы. У пациентов 1 и 2 групп отмечалось снижение TP (соответственно: $1286,4 \pm 78,6$ мсI ($p > 0,05$); $967,8 \pm 53,5$ мсI ($p < 0,05$); контроль $1682,8 \pm 83,2$ мсI); достоверное уменьшение HF (соответственно: $342,7 \pm 38,9$ мсI ($p < 0,05$); $289,5 \pm 37,5$ мсI ($p < 0,05$); контроль $486,2 \pm 41,4$ мсI) и LF (соответственно: $219,3 \pm 22,4$ мсI ($p < 0,05$); $182,3 \pm 20,3$ мсI ($p < 0,05$); контроль $295,5 \pm 18,2$ мсI). У пациентов обеих групп повышенная ЧСС ассоциировалась с худшими спектральными показателями ВСР. Установлена отрицательная корреляция между ЧСС и HF [$r = -0,48$; ДИ 95%; 0,84-1,68, $p = 0,042$] LF [$r = -0,52$; ДИ 95%; 1,57-1,83; $p = 0,034$]. К концу периода наблюдения при сохранявшейся повышенной ЧСС ФК ХСН ухудшился у 23% и 36% больных 1 и 2 групп соответственно.

Выводы. Повышенная ЧСС у больных с АГ и ХСН сопровождается ухудшением спектральных показателей ВСР, что имеет неблагоприятное прогностическое значение, усугубляет течение ХСН, и определяет необходимость активного лечения.

ЦИТОПРОТЕКТОРИ І АНТИОКСИДАНТИ У КОМБІНОВАНІЙ ТЕРАПІЇ КОМОРБІДНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Біловол О. М., Боброннікова Л. Р., Шалімова А. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Проблема коморбідності гіпертонічної хвороби (ГХ) і цукрового діабету 2 типу (ЦД 2т) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини.

Мета роботи: дослідження впливу α -ліпоєвої кислоти (α -ЛК) і мельдонію на ендотеліальну дисфункцію (ЕД), судинне ремоделювання і метаболічні показники у пацієнтів з коморбідністю ГХ і ЦД 2т.

Матеріали і методи. Обстежено 84 пацієнти з ГХ II стадії, 2 ступеню у сполученні з ЦД 2т середньої тяжкості, субкомпенсованим до і після трьохмісячного лікування. В якості антигіпертензивної терапії пацієнти отримували комбінацію раміприлу з індапамідом, в якості цукрознижуючої терапії – комбінацію метформіну і гліклазиду препаратів. Всі пацієнти отримували також аторвастатин і ацетилсаліцилову кислоту. Пацієнти були поділені на групи в залежності від вибору варіанту терапії: 20 пацієнтів отримували базисну терапію зазначеними препаратами, 20 – базисну терапію у комбінації з мельдонієм, 20 – базисну терапію у комбінації з α -ЛК та 24 – базисну терапію у комбінації з мельдонієм і α -ЛК.

Результати. Аналіз динаміки антропометричних, ехокардіографічних і біохімічних показників пацієнтів показав, що додаткове призначення мельдонію, α -ЛК та їх комбінацій до базисної терапії сприяло більш вираженому впливі на зазначені показники. При цьому додавання мельдонію більше впливало на функціональний клас (ФК) серцевої недостатності (СН) та активність прозапальних цитокінів, а призначення α -ЛК сприяло більш вираженому впливу на баланс адипокінів (зниження лептину та зростання адипонектину) і ЕД, про що свідчили більші ступені ендотелій-залежної вазодилатації (ЕЗВД) та показників антиоксидантної системи при пригніченні окислювального стресу. Найбільший позитивна динаміка антропометричних, біохімічних і кардіогемодинамічних показників досягалася при додаванні до базисної терапії комбінації мельдонію і α -ЛК.

Висновки: додаткове призначення мельдонію до базисної терапії сприяє більшому зниженню рівнів прозапальних цитокінів та ФК СН, а додавання α -ЛК до базисної терапії більше впливало на ЕД і баланс адипокінів. Найбільший вплив на рівень АТ, вираженість ЕД, активність цитокінів і системи оксидативного стресу – антиоксидантного захисту мало додавання до базисної терапії комбінації мельдонію і α -ЛК.

**ВПЛИВ ВІКУ НА РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 ТА P-СЕЛЕКТИНУ
У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Більченко А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Одним з напрямів, які активно вивчаються в світі в останні роки є пошук нових біомаркерів запалення, які мають найбільшу прогностичну значимість для прогнозування розвитку серцево-судинних подій та оцінки ефективності терапії.

Мета: вивчення впливу віку на рівень галектину-3 та p-селектину у хворих з артеріальною гіпертензією у поєднанні з цукровим діабетом

Результати. Ми спостерігали 82 хворих. Більшість обстежених становили жінки – 51,2% (42 особи), 48,8% (40 осіб) склали чоловіки. Вік хворих знаходився в діапазоні від 37 до 87 років і в середньому склав 65 ± 10 років. Пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу – 51,2% (42 особи), з яких 47,6% (20 осіб) склали жінки, 52,4% (22 особи) становили чоловіки.

Рівень глікемії натщесерце був у діапазоні від 3,6 ммоль/л до 19,3 ммоль/л і в середньому склав $(6,57 \pm 2,92)$ ммоль/л. Рівень P-селектину в плазмі хворих старше 60 років знижувався в порівнянні з хворими в віці до 60 років ($128,75 \pm 22,39$ і $117,77 \pm 33,22$, $p < 0,05$, відповідно). Рівень галектину-3 був вищий у хворих старше 60 років у порівнянні з хворими у віці до 60 років ($14,81 \pm 6,88$ і $11,04 \pm 4,31$ $p < 0,05$, відповідно). Рівень P-селектину достовірно корелював з віком: $R = -0,257$ $P = 0,02$.

Висновки: на рівні біомаркерів запалення впливав вік хворих, P-селектин був достовірно негативно пов'язаний з віком.

КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ. НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Бильченко О. С., Авдеева Е. В., Болокадзе Е. А., Красовская Е. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Пороки развития бронхолегочной системы долгое время относили к числу редко встречаемой патологии дыхательной системы. Однако с развитием технических возможностей инструментальной диагностики число выявляемых случаев постоянно растет. Четких статистических данных относительно частоты встречаемости данной патологии по литературным данным нет. По данным ряда авторов врожденные пороки развития бронхолегочной системы встречаются с частотой до 40%, а по секционным данным от 60% до 78%. Очевидным является то, что на сегодняшний день своевременное выявление данной патологии является решающим в выборе правильной тактики ведения таких пациентов.

Кисты легких имеют достаточно большой удельный вес среди пороков развития органов дыхания. Согласно имеющейся статистике, в структуре врожденных аномалий развития дыхательной системы эта патология составляет около 65%.

Мы наблюдали 15 больных с кистой болезни легких. На догоспитальном этапе диагноз был верифицирован у 6 больных в условиях поликлиники. У остальных больных поликистоз легких выявлен в стационаре при рентген-исследовании органов грудной клетки и подтвержден результатами компьютерной томографии. У одного больного имелась одиночная киста огромных размеров. У всех остальных пациентов кисты были множественные. У трех больных течение осложнилось рецидивирующим спонтанным пневмотораксом. Двое больных поступили по поводу негоспитальной пневмонии. У 25% больных кроме поражения дыхательной системы имело место поликистозное поражение других органов (почек, мозга, печени). Неосложненные кисты, как правило, протекают бессимптомно. Одной из частых причин ухудшения состояния и обращения за медицинской помощью является инфицирование кист. Обострение заболевания проявляется неспецифическими жалобами со стороны бронхопульмональной системы и организма в целом (кашель с мокротой, одышка, лихорадка, интоксикация), которые могут быть близки по клиническим проявлениям к бронхоэктатической болезни или пневмонии. Тяжесть состояния коррелирует с объемом поражения легочной ткани.

Таким образом, необходимо обратить внимание клиницистов на раннюю диагностику кистой болезни легких для адекватного и эффективного лечения в том числе и хирургического.

О НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

**Бильченко О. С., Оспанова Т. С., Болокадзе Е. А., Авдеева Е. В.,
Красовская Е. А, Поликов Г. О.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Пороки развития органов дыхания составляют значительную группу в структуре бронхолегочной патологии, ранняя диагностика которой способствует назначению своевременной современной адекватной терапии. Пороки развития различных структур легких диагностируются в широком диапазоне – от 0,15 % до 50 % и в 30 % случаев сочетаются с внелегочными аномалиями, которые протекают бессимптомно и толчком к их клинической манифестации служат интеркуррентные вирусные и бактериальные инфекции.

Мы наблюдали 57 больных с врожденной патологией органов дыхания на протяжении 15 лет. У 14 больных была диагностирована гипоплазия легких, у 11 больных – бронхоэктатическая болезнь, у 15 больных – поликистоз легких, спонтанный пневмоторакс – в 9 случаях, синдром Картагенера – у 2 больных, первичная эмфизема – в 1 случае, синдром Вильямса-Кемпбелла – у 3 больных, трахеобронхомегалия – у 2 больных. Наиболее часто встречались пороки развития бронхолегочного дерева и легких.

Диагноз врожденной патологии органов дыхания был поставлен на догоспитальном этапе лишь в 40 % случаев. Возраст больных колебался от 18 до 67 лет. Клиника характеризовалась неспецифическими проявлениями, такими как непродуктивный или продуктивный кашель, эпизодами кровохаркания, лихорадкой, потливостью, слабостью, одышкой при физической нагрузке и в покое. Пороки развития легких в 28 % случаев сочетались с внелегочными аномалиями. Больным с недиагностируемой патологией на догоспитальном этапе в 30 % случаев проводилась флюорография, в 40 % случаев рентгенологическое исследование не проводилось вовсе. Эти заболевания принимали за различные формы хронических неспецифических заболеваний легких, т.к. больным обычно назначалась флюорограмма, а не полноценное исследование легких. Таким образом, диагностика пороков развития органов дыхания возможна при тщательном клиническом обследовании больного – целенаправленном сборе анамнеза и правильной оценке клинических симптомов, использовании рентгенологических методов исследования, ангиопульмонографии, более частом использовании бронхографии, компьютерной томографии.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ САРКОИДОЗЕ БЕКА

Бильченко О. С., Химич Т. Ю., Савоськина В. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Под нашим наблюдением находилось 10 больных саркоидозом с поражением органов грудной клетки и кожи. Все больные первично обратились к дерматологу или косметологу по поводу поражения кожи. В результате дерматоскопии и гистологических исследований был диагностирован саркоидоз кожи в виде узловой эритемы у 3-х больных; ознобленной волчанки Бенъе-Теннисона у 1 больного, синдрома Лефгрена у 3-х больных, мелкоочагового саркоидоза рубцов у 2-х больных, синдрома Хеерфордта у 1 больного. Больные консультированы пульмонологом, при рентгенологическом обследовании у всех пациентов было обнаружено двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфоузлов, что подтвердило диагноз саркоидоза.

При исследовании иммунного статуса у 7 (70%) пациентов выявлено повышение общего количества Т- лимфоцитов (СД3) до $2,25 \pm 0,73$, в основном за счет Т-хелперов (СД4) $44\% \pm 0,56$, при этом имело место повышение иммунорегуляторного индекса СД4/СД8 до $2,5 \pm 0,6$. При анализе гуморального звена иммунитета существенных изменений не было выявлено, однако у 3-х пациентов (30%) отмечено некоторое повышение ЦИК ($87,7 \pm 1,3$) % и уровня IgG ($16,3 \pm 1,1$). В общем анализе крови у 4-х больных отмечена лимфопения; у всех больных было увеличено СОЭ до 30 мм в час.

При обследовании на носительство внутриклеточной инфекции: хламидии, микоплазмы обнаружены IgG у 50% больных к данным патогенам. У всех пациентов исследовали уровень IgG к цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Барр, вирусу простого герпеса тип 1,2. У 6-х пациентов (60%) отмечено повышение титра указанных антител до $15,8 \pm 5,9$, что указывает на хроническое носительство герпетической инфекции.

Исследование показало, что в иммунном статусе больных саркоидозом выявлены признаки активизации Т-клеточного звена иммунитета, что косвенно может указывать на аутоиммунный компонент воспаления. Наличие носительства герпетической и внутриклеточной инфекции у большинства больных может играть роль триггерного фактора в развитии саркоидоза.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОЮ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Бичков О. А., Тарасюк А. П., Осташевська Т. Г.

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

Мета роботи – визначення показників якості життя (ЯЖ) в динаміці лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з ішемічною хворобою серця (ІХС) та супутньою гіперурикемією

Методи. Для вирішення поставленої мети було проведено анкетування 46 хворих на АГ, поєднану з ІХС: стенокардія напруги ФК II-III за допомогою опитувальника SF-36 в динаміці лікування хворих. За результатами анкетування хворих з використанням опитувальника SF-36 були отримані оцінки ЯЖ у балах від 0 до 100, причому чим більше обмежень відчували хворі в повсякденному житті, тим більш низькі показники демонстрував даний опитувальник.

Результати. Найбільшою мірою у хворих були знижені показники фізичної активності (PF) та спостерігався виражений больовий синдром (BP). Дані зміни викликали проблеми на роботі та при виконанні щоденних обов'язків. Вочевидь, саме з цими обставинами, а також із зниженням життєздатності (VT) і показників загального (GH) і психологічного (MH) здоров'я було пов'язане різке зменшення соціального функціонування (SF).

По закінченні 3-х місячного курсу лікування у пацієнтів була виявлена достовірна позитивна динаміка показників ЯЖ по всіх шкалах опитувальника. З найбільшим ступенем достовірності у пацієнтів покращилися показники, що характеризують фізичне здоров'я: фізична активність (PF) покращилася на 32,7% ($p < 0,05$), рольове фізичне функціонування (RP) на 38,3% ($p < 0,05$), загальний стан здоров'я (GH) на 14,1% ($p < 0,05$), тілесний біль (BP) зменшився на 44,9% ($p < 0,05$). Показники, що характеризують психологічне здоров'я, покращились в меншій мірі та з меншою достовірністю: рольове емоційне функціонування (RE) покращилося на 23,4% ($p < 0,05$), життєздатність (VT) на 27,2% ($p < 0,05$) і психологічне здоров'я (MH) на 18,8% ($p < 0,05$), соціальне функціонування хворих (SF) покращилося на 20,6% ($p < 0,05$). Всі вищевказані зміни, в кінцевому підсумку призвели до поліпшення сумарних показників фізичного й психологічного здоров'я. Так, узагальнене фізичне здоров'я (PCS) покращилося на 18,3% ($p < 0,05$), а узагальнене психологічне здоров'я (MCS) на 12,8% ($p < 0,05$).

Висновки. На сучасному етапі методика оцінки ЯЖ дозволяє оцінити не тільки характер впливу хвороби на життєдіяльність пацієнта, а й ефективність проведеного лікування. Позитивна динаміка цих показників на фоні проведеної терапії дозволяє досягти однієї з головних цілей у лікуванні коморбідної патології – поліпшення якості життя пацієнтів.

ПОКАЗНИКИ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бичкова Н. Г., Натрус Л. В., Бичкова С. А., *Таран Г. А.

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

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

Мета роботи – вивчення вмісту про- та протизапальних цитокінів у хворих із артеріальною гіпертензією (АГ) та метаболічним синдромом (МС).

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 123 хворих із АГ I-II стадії та супутнім МС. Середній вік обстежених хворих складав $61,7 \pm 4,34$ роки. Контрольну групу склали 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Результати. В результаті проведених досліджень встановлено, що в групі хворих на АГ I стадії без МС спостерігаються прозапальні зміни цитокінового профілю сироватки крові. Так, вміст ФНП-б перевищував рівень здорових осіб на 71,6% ($p < 0,05$), ІЛ-1в – на 61,1% ($p < 0,05$); в даній групі хворих залишалися збереженими та не мали вірогідних відмінностей від даних контрольної групи сироваткові концентрації ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-4 ($p > 0,1$). В групі хворих на АГ I стадії із наявністю МС дисбаланс цитокінів носив більш глибокий характер: вміст ФНП-б перевищував рівень здорових осіб в 2,34 рази ($p < 0,05$), ІЛ-1в – в 1,9 рази ($p < 0,05$), ІЛ-6 – в 4,41 рази ($p < 0,05$). Аналіз сироваткових маркерів запалення в групі хворих на АГ II стадії без супутнього МС показав помірну вираженість процесів системного імунного запалення, при цьому встановлено вірогідне у порівнянні з показниками здорових осіб зростання вмісту ФНП-б в 2,01 рази ($p < 0,05$), ІЛ-1в – в 2,18 разів ($p < 0,05$) та ІЛ-6 – в 2,08 разів ($p < 0,05$). У пацієнтів із АГ II стадії та МС нами виявлено виражений дисбаланс цитокінового статусу за рахунок прозапальних ІЛ, при цьому всі показники мали статистично значиму відмінність від показників у хворих на АГ II стадії без МС та у хворих на АГ I стадії. Так, вміст ФНП-б був вищим за аналогічну величину здорових осіб в 2,66 рази ($p < 0,05$); ІЛ-1в – відповідно в 2,45 разів ($p < 0,05$); ІЛ-6 – в 6,33 рази ($p < 0,05$); ІЛ-8 – в 2,19 рази ($p < 0,05$). В даній групі пацієнтів виявлено зниження протизапального ІЛ-4 в 1,93 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з його рівнем у здорових осіб.

Висновки. Для пацієнтів із АГ та МС характерним є підвищення вмісту прозапальних цитокінів сироватки крові, яке має прямопропорційну залежність від стадії АГ. Отримані дані свідчать про те, що атеросклеротичне імунне запалення є потужним фактором, який провокує дисбаланс цитокінів імунної системи, що, в подальшому, призводить до формування хибного кола, коли до порушень ліпідного обміну, нейрогормонального дисбалансу приєднуються зміни в імунній системі, що значно обтяжує перебіг захворювання.

РОЛЬ ПРО- ТА АНТИАТЕРОГЕННИХ ЦИТОКІНІВ В ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Бичкова Н. Г., Швечикова В. П., Бичков О. А., Стародубська О. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Мета роботи – дослідження динаміки рівня про- та антиатерогенних цитокінів у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) та визначення їх ролі в перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проведено біохімічне та імунологічне обстеження 74 хворих на артеріальну гіпертензію II стадії. Лікування хворих на АГ проводилось згідно Настанови та клінічного протоколу надання допомоги хворим з артеріальною гіпертензією. До контрольної групи ввійшло 33 здорових, рандомізованих за віком та статтю, особи.

Результати та обговорення. В результаті проведених досліджень нами було встановлено, що у групі хворих на АГ II стадії спостерігається виражений дисбаланс цитокінового статусу за рахунок переважання прозапальних та проатерогенних інтерлейкінів. Так, сироватковий вміст ІЛ-6 в 6,33 рази ($p < 0,05$) перевищував значення здорових осіб; ІЛ-8 – в 2,19 рази ($p < 0,05$). Також у даних пацієнтів було виявлено компенсаторне зниження протизапального та антиатерогенного ІЛ-10 в 2,36 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з його рівнем у здорових осіб та встановлено вірогідно вищу концентрацію розчинної молекули адгезії sICAM-1 – $399,4 \pm 12,7$ нг/мл, рівень якої перевищував значення здорових осіб на 44,9% ($p < 0,05$).

Аналіз показників цитокінового статусу в динаміці показав зменшення вмісту ІЛ-6 на 59,42% ($p < 0,05$), проте він залишався вище показника контрольної групи на 157,1%. Рівень ІЛ-8 знизився на 47,84% ($p < 0,05$) до значень, що достовірно не відрізнялись від даних у здорових осіб. Аналогічну тенденцію мав і рівень циркулюючої молекули адгезії sICAM-1, який в процесі лікування достовірно знизився на 25,68% до значення, що перевищувало норму на 7,5% ($p > 0,1$). Вміст протизапального ІЛ-10, навпаки, в процесі лікування зріс у 2,1 рази ($p < 0,05$) до значень, що достовірно не відрізнялися від норми.

Висновки. Отримані дані показують значну роль про- та антиатерогенних цитокінів в розвитку дисліпідемій у хворих на АГ, таких як ІЛ-6 (один з найважливіших факторів, який викликає дисфункцію ендотелію), ІЛ-8 (стимулює неоангіогенез та здатен викликати дестабілізацію атеросклеротичної бляшки за рахунок металопротеїназної активності) та ІЛ-10 (знижує активність запалення у зрілій атеросклеротичній бляшці). Виявлені зміни в цитокіновому статусі у хворих на артеріальну гіпертензію мають високий кореляційний зв'язок із порушеннями ліпідного профілю крові та призводять до зростання апоптозу клітин та розвитку дисфункції ендотелію.

ПОРУШЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО ТА АДГЕЗИВНОГО БАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З МЕТАБОЛІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Бичкова С. А., Бичкова Н. Г., Сидорук Т. М.

Українська військово-медична академія, Київ

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

Мета роботи – визначення сироваткового рівня цитокінів, розчинних молекул адгезії та експресії адгезивних молекул на лімфоцитах у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), поєднане з метаболічним синдромом (МС).

Для вирішення поставленої мети було обстежено 82 хворих на ХОЗЛ, середній вік яких становив $53,7 \pm 3,4$ роки, з них у 40 осіб (І група), спостерігалось ізольоване ХОЗЛ, а у 42 хворих - ХОЗЛ (клінічна група В), поєднане із МС (ІІ група). Контрольну групу склали 36 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

В сироватці крові хворих із поєднаною патологією спостерігається високий рівень прозапальних цитокінів. Так, у ІІ групі пацієнтів сироватковий рівень ФНП-б перевищував аналогічний показник в І групі на 15,33% ($p < 0,05$), ІЛ-1в – на 14,61% ($p < 0,05$), а ІФН-г – був нижчим в 2,49 рази ($p < 0,05$). В обох групах пацієнтів спостерігався підвищений порівняно із даними контрольної групи вміст ІЛ-6 в 6,73 разів (І група) та 7,07 разів (ІІ група), а ІЛ-8 – у 2,87 та 2,92 рази відповідно, не залежно від наявності супутньої патології ($p > 0,1$). Вміст протизапальних ІЛ-4 та ІЛ-10 в обох групах пацієнтів був нижчим від показників контрольної групи. Крім того, в обох групах пацієнтів спостерігався високий сироватковий рівень ТФР-в, у хворих І групи він перевищував рівень здорових осіб в 1,58 разів ($p < 0,05$), а в ІІ групі – в 3,14 рази ($p < 0,05$). Нами виявлено високу сироваткову концентрацію розчинної судинної молекули адгезії sVCAM, рівень якої не залежав від наявності супутньої патології і втричі перевищував значення здорових осіб ($p < 0,05$), концентрація sICAM-1 у хворих на ХОЗЛ була вищою за показник контрольної групи на 44,97% ($p < 0,05$), а у пацієнтів із поєднаною патологією – на 54,74% ($p < 0,05$), їх висока концентрація поєднувалася із підвищеним рівнем експресії рецептора ICAM-1 на лімфоцитах периферичної крові, вміст CD54+лімфоцитів достовірно перевищував показник здорових осіб в обох групах хворих відповідно на 44,4% та 78,86%. Окрім того, виявлено підвищений вміст CD62L+лімфоцитів в обох групах хворих відповідно на 44,52% та 50,53% оскільки саме CD62L (L-селектин) забезпечує прикріплення лімфоцитів до ендотеліальної стінки. Отже, у хворих на ХОЗЛ з МС виявлено порушення процесів адгезії та кооперації імункомпетентних клітин, внаслідок чого посилюється їх активація, ефекторні функції та міграція до осередку запалення у судинній стінці.

МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ІЗ ПІДВИЩЕНОЮ СЕКРЕТОРНОЮ ФУНКЦІЄЮ ШЛУНКА

Блецкан М. М., Ганич Т. М., Свистак В. В., Ганич О. Т.
ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Метою дослідження було покращення ефективності лікування хворих на хронічний гастрит із підвищеною секреторною функцією шлунка за допомогою спеціально розробленого для даного типу нозології фітозбору.

Матеріали та методи. При хронічному гастриті із підвищеною секреторною функцією шлунка в комплексне лікування рекомендовано включати фітозбір у вигляді відвару наступного складу: квітки ромашки лікарської (*Chamomilla recutita*), корені алтеї лікарської (*Althaea officinalis*), кореневища та корені солодки голої (*Glucyrrhiza glabra*), квітки нагідки лікарської (*Calendula officinalis*).

Результати дослідження та їх обговорення. Хамазулен, що входить до складу ромашки лікарської, відомий як активний протизапальний засіб. Глікозиди ромашки лікарської збільшують секреторну діяльність травних залоз, стимулюють апетит. Флавоноїди (апігенін, апіїн) та кумарин (герніарин) даної рослини володіють вираженим спазмолітичним ефектом.

Корені алтеї лікарської є типовим представником лікарських засобів, що містять слиз. За вмістом активних речовин вони майже рівноцінні льону. У воді слизисті речовини, що містяться в корені алтеї, бубнявлюють і утворюють характерні колоїдні системи, що вкривають слизову оболонку тонким шаром, який запобігає подразненню. Це сприяє відновлювальним процесам, зменшує запальну реакцію. Лікувальні властивості препаратів солодки залежать в основному від наявності в коренях глікозиду гліциризину. Він знімає запалення, стимулює діяльність надниркових залоз, має антиалергічні властивості. Флавоноїди, що містяться в солодці, знімають спазм гладкої мускулатури, нормалізують проникність стінок кровоносних судин. Біологічноактивні речовини, що входять до складу солодки, покращують діяльність слизової оболонки дихальних шляхів і шлунково-кишкового тракту, м'яко обволікають, захищають від подразнення. Комплекс біологічно активних речовин, що входить до складу квіток нагідки лікарської, чинить протизапальну, ранозагоювальну, бактерицидну, спазмолітичну і жовчогінну дію, прискорює процеси регенерації тканин.

Висновки. Враховуючи вище наведені дані, запропонований фітозбір можна застосовувати для оптимізації базисних схем лікування хворих на хронічний гастрит із підвищеною секреторною функцією шлунка за рахунок сумачії протизапальних властивостей та позитивного впливу на секреторну та моторно-евакуаторну функцію шлунка вказаних лікарських рослин.

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ СЕЧОКИСЛОГО ДІАТЕЗУ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Бобкович К. О.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Хронічна серцева недостатність (ХСН) постає чи не найважливішою проблемою в Україні у зв'язку з першим місцем кардіологічної патології в структурі загальної смертності. Водночас зростає частка захворювань нирок зі схильністю до калькульозу, зокрема сечокислий діатез (СКД), лікування якого є більш ефективним за медикаментозним та економічними результатами, ніж на стадії каменеутворення. Альтернативою для вирішення питань лікування поліморбідної патології може стати застосування комбінованих фітопрепаратів.

Мета дослідження. Вивчити вплив препарату рослинного походження кардіофіт на прояви СКД у хворих із ХСН з метою підвищення ефективності лікування хворих.

Матеріали і методи. У ході нашого дослідження обстежено 68 хворих із ХСН II А стадії із супутнім СКД. Вік пацієнтів становив $63,23 \pm 4,43$ роки. Обстежуваним контрольної групи призначали стандартний лікувальний комплекс (лізиноприл, бісопролол, молсидомін, ацетилсаліцилову кислоту, статини). В основній групі пацієнти в якості ад'ювантного засобу впродовж 8 тижнів отримували препарат кардіофіт в дозуванні 5 мл тричі на добу за 15 хвилин до їжі. Хворим призначали УЗД нирок, загальний аналіз сечі, а також за Зимницьким та за Нечипоренком.

Результати. В ході обстеження нирок у хворих із ХСН та СКД виявлено ущільнення та мікроліти в чашково-мисковій системі, що супроводжувалися короткочасними ренальними мініколіками. Дані УЗД підтверджувалися надмірним сольовим осадом у загальному аналізі сечі. Дослідження за Нечипоренком виключало запальні зміни у нирках. За даними гострого тесту за пробою Зимницького на фоні прийому кардіофіту відзначено наростання добового об'єму сечі на 10% та помірне підвищення питомої щільності у всіх порціях. В подальшому підтверджено стійке помірне підвищення діурезу із зменшенням клінічних проявів та покращанням УЗД-картини СКД. Позитивні ефекти кардіофіту зумовлені компонентами з діуретичним ефектом – бузини, валеріани, м'яти, омели, собачої кропиви, солодцю, які покращують видільну функцію нирок та знижують реабсорбцію в каналцях нефрона. А складники зі глікозидними властивостями – глід, конвалія, горицвіт, аморфа покращують кровопостачання нирок, збільшуючи фільтраційну фракцію плазми.

Висновок. Препарат кардіофіт доцільно призначати при ХСН із супутнім СКД для покращання видільної функції нирок та регресу клінічних проявів СКД, що розширює уявлення про спектр терапевтичної дії кардіофіту.

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

Бобро Л. Н., Фирсова О. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оценить риск остеопороза и остеопороззависимых переломов у пациентов с длительным анамнезом применения ингибиторов протонной помпы (ИПП).

Материалы и методы. Обследовано 53 пациента мужского пола, средний возраст больных составил $49,6 \pm 2,2$ года. В основную (I группу) вошли 23 (43%) пациента с непрерывным применением эзомепразола (40 мг в сутки) до $2,8 \pm 1,8$ лет. Во II группу отнесены 30 (57%) пациентов с прерывистым (по запросу) применением эзомепразола (40 мг в сутки) продолжительностью до $3 \pm 1,2$ лет. Исследовалась минеральная плотность костной ткани (МПКТ) методом двойной рентгенабсорбциометрии (DXA), проводилось анкетирование пациентов с помощью минутного теста оценки риска остеопороза. Для расчета 10-летней вероятности перелома и развития остеопороза использовался метод для расчета FRAX®. Обработка результатов исследования осуществлялась с помощью стандартного пакета прикладных программ SPSS 17.0 for Windows.

Результаты. По данным минутного теста и антропометрического обследования установлено, что высокий риск остеопороза имел место у 35 (53,8% $p < 0,05$) обследованных: у 24 (36,9%) пациентов I группы и 11 (33,3%) пациентов II группы. По данным DXA, у 30 (46,1%, $p < 0,05$) больных из группы высокого риска выявлено наличие остеопении различной степени, при этом остеопороз у 17 (53,1%) больных I группы и у 7 (21,2%) пациентов II группы ($\chi^2 = 7,1$, $p < 0,01$). В группу риска при оценке 10-летнего риска остеопоротических переломов по методике FRAX отнесены 44 (66,1%) пациента, что достоверно больше, чем при использовании стандартных методов оценки без МПК ($\chi^2 = 7,1$, $p < 0,01$) и с учетом данных МПК ($p < 0,05$). Среднее значение риска остеопороза в I группе составляет $19,1 \pm 9,7\%$, во II группе – $10,1 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$). Согласно методике FRAX, в медикаментозном лечении нуждаются 76,5% обследованных I группы против 46,7% II группы ($p < 0,05$).

Выводы. Наличие остеопении установлено у каждого второго из обследованных, при этом у больных с непрерывным приемом ИПП достоверно чаще. Денситометрия не позволяет в полной мере выявлять лиц, имеющих повышенный риск остеопоротических переломов. Решение о необходимости лечения остеопороза у больных на фоне применения ИПП необходимо принимать с учетом результатов денситометрии и степени риска остеопоротических переломов по методике FRAX.

ОЦЕНКА IN VITRO ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЭКСТРАКТОВ ПЛАЦЕНТЫ

Боброва Е. Н., Репина С. В., Говорова Ю. С.,
Нардид О. А., Покрышко С. В.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков*

Цель работы – исследовать влияние экстрактов, полученных из плаценты, после ее замораживания-отогрева на термостабильность эритроцитов.

Эритроциты являются общепринятой моделью для исследования *in vitro* противовоспалительного действия веществ различного происхождения по оценке их влияния на термогемолиз данных клеток. Противовоспалительные свойства экстрактов плаценты известны давно. Однако представляет интерес оценить влияние низкотемпературного хранения плаценты на противовоспалительную эффективность полученных из нее экстрактов. Водно-солевые экстракты (ЭПЧ) получали из свежеполученной плаценты человека и плаценты предварительно охлажденной до -196°C (в жидком азоте) и до -20°C (в морозильной камере). Для исследования термогемолиза эритроциты инкубировали с ЭПЧ в течении 1 часа, отмывали и подвергали гипертермии (20 мин. при 54°C). Гемолиз оценивали по выходу гемоглобина путем измерения оптической плотности в надосадке при 540 нм и выражали в процентах относительно 100% гемолизированных клеток, оценивали также процент ингибирования термогемолиза. Температурно-зависимую динамику состояния цитозоля эритроцитов исследовали методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) с применением гидрофильного спинового зонда ТЕМПОН (2,2,6,6-тетраметил-4-оксопиперидин-1-оксил) в комбинации с расширяющим агентом феррицианидом калия, который не проникает в интактные эритроциты. Эритроциты нагревались непосредственно в резонаторе спектрометра ЭПР, в области температур $30\text{ч}55^{\circ}\text{C}$. Термостабильность эритроцитов оценивали по скорости спада амплитуды среднеполевого компонента спектра ТЕМПОН.

Показано, что предварительная обработка эритроцитов ЭПЧ позволяет существенно снизить уровень термогемолиза ($(18,7\pm 1,9)\%$ ингибирования). Охлаждение плаценты до -20°C и -196°C и последующий отогрев не приводят к потере способности ЭПЧ ингибировать температурно-индуцированный гемолиз эритроцитов. Установлено, что замораживание плаценты как до -20°C , так и до -196°C , не влияет на способность экстрактов модифицировать состояние цитозоля в области температур $30\text{ч}55^{\circ}\text{C}$. Полученные данные, согласно представленной модели *in vitro*, позволяют говорить о сохранении противовоспалительных свойств экстрактов, полученных после замораживания-отогрева плаценты.

АНТИАГРЕГАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТОВ ПЛАЦЕНТЫ

Боброва Е. Н., Розанова Е. Д., Нардид О. А., Нарожный С. В.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,

г. Харьков

Цель работы – исследовать средства, которые обладают способностью снижать агрегацию тромбоцитов и могут быть альтернативой лечения классическим лекарственным препаратам.

Антиагрегантная терапия является ключевым моментом в лечении большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Двойная терапия аспирином и клопидогрелем значительно снижает риск повторных ишемических событий. Но есть много данных о том, что традиционная терапия эффективна не у всех пациентов. У значительного их количества наблюдается устойчивость тромбоцитов к общепринятым лекарственным средствам. Есть много гипотез, которые могут объяснить этот факт, но молекулярные механизмы остаются до конца невыясненными. Данная работа посвящена анализу фракций экстрактов плаценты с целью выявления наиболее эффективных. Известно, что экстракты плаценты обладают противовоспалительным действием и содержат компоненты снижающие агрегацию тромбоцитов.

Материалом исследований служили водно-солевые экстракты плаценты человека (ЭПЧ). Отдельные фракции экстрактов получали методом гель-хроматографии. Для исследования влияния ЭПЧ и их фракций на степень агрегации тромбоцитов обогащенную тромбоцитами плазму (ОТП) инкубировали в течение 15 минут с ЭПЧ и ее фракциями при температуре 37 °С. В качестве индуктора агрегации тромбоцитов использовали аденозин – 5 дифосфат (АДФ) в концентрации 10^{-5} моль / л. Добавление раствора АДФ в образцы ОТП осуществляли при 37 °С. Степень агрегации определяли по уровню светорассеяния при длине волны 650 нм спектрофотометрическим методом. По изменению оптической плотности был рассчитан процент агрегации и процент ингибирования агрегации тромбоцитов в контроле и образцах ОТП с ЭПЧ и фракциями.

Показано, что ЭПЧ снижают индуцированную АДФ агрегацию тромбоцитов на $(20,4 \pm 2,1)\%$. Фракции, полученные из ЭПЧ, также эффективны в отношении снижения агрегации тромбоцитов. Плацента содержит несколько групп важных антикоагулянтов разных молекулярных масс. Именно этим объясняется тот факт, что практически все фракции экстрактов плаценты проявляют антиагрегантную активность по отношению к тромбоцитам. Наибольший процент ингибирования агрегации показала фракция >150 кДа $(32,3 \pm 3,5)\%$. Эффективны также фракция <4 кДа – $(23,3 \pm 2,4)\%$ ингибирования и фракция 15-20 кДа – $(16,5 \pm 1,8)\%$ ингибирования.

ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК НАЙЕФЕКТИВНІШОГО МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Богданець О. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: провести огляд літератури присвячений пропаганді здорового способу життя (ЗСЖ), як основному методу первинної профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ)

Станом на сьогодні у населення України сформувався неінфекційний тип патології. Оскільки для НІЗ характерний хронічним перебіг, великий відсоток коштів, виділених на охорону здоров'я, витрачається на лікування таких хворих. Саме тому у розвинених країнах світу медицина взяла курс на первинну профілактику НІЗ, шляхом пропаганди ЗСЖ лікарями загальної практики (ЛЗП), оскільки вони обслуговують 90% звернень населення за медичною допомогою.

У 2005 р. група фахівців різних галузей медицини і охорони здоров'я США заснувала організацію «Американська корпорація медицини здорового способу життя», метою якої є зробити медицину, базовану на впровадження ЗСЖ. Видається «Американський журнал медицини здорового способу життя», де містяться огляди проводяться досліджень про вплив поведінкових факторів на здоров'я та про методи позбавлення пацієнтів від шкідливих звичок і прилучення їх до ЗСЖ.

В Австралії з 2005 р. управління загальної лікарської практики на місцях здійснюють підготовку персоналу служб первинної медико-санітарної допомоги (у тому числі надає медичну допомогу аборигенам) до проведення роботи щодо впровадження ЗСЖ: місцеві органи охорони здоров'я поширюють керівництва для ЛЗП про те, як мотивувати пацієнтів до ведення ЗСЖ, а також пам'ятки з ЗСЖ для пацієнтів.

У Російській Федерації робота ЛЗП з пропаганди і впровадження ЗСЖ являється основною в санітарно-гігієнічній роботі ЛЗП.

У країнах Західної Європи інформаційно-навчальні технології спрямовані на виховання у населення навичок з самооцінки і самокорекції стану здоров'я, виявлення та усунення факторів ризику розвитку захворювань і функціональних порушень, тобто на самооздоровлення.

Враховуючи пріоритетність профілактики НІЗ для охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України розробило національний план заходів з імплементації та реалізації політики «Здоров'я — 2020: основи європейської політики і стратегія для XXI століття». Одним з важливих аспектів цього плану є посилення ролі сімейного лікаря у первинній ланці в популяризації ЗСЖ, профілактики НІЗ і підвищення обізнаності населення про особисту відповідальність за власне здоров'я.

TRENDS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN EUROPE

^{1,2}Boyko V. V., ^{1,2}Zamiatin P. N., ³Labas P.,
⁴Dubrovina N. A., ⁵Kolesnikova O.V., ¹Zamiatin D. P.

¹Kharkiv National Medical University, ²GI "Zaitcev V.T. Institute of General and Emergency Surgery of NAMS of Ukraine", ³Medical Faculty of Comenius University, Bratislava, ⁴University of Economics in Bratislava, ⁵GI "L.T.Malaya Therapy National Institute of the NAMS of Ukraine"

Cardiovascular disease (CVD) remains the leading cause of death among Europeans and around the world. The Global Burden of Disease study estimated that 29.6% of all deaths worldwide (15 616.1 million deaths) were caused by CVD in 2010, more than all communicable, maternal, neonatal and nutritional disorders combined, and double the number of deaths caused by cancers.

The proportion of all deaths that are attributable to CVD is substantially greater among women (51%) than men (42%). Coronary heart disease, when considered separately, accounts for almost 1.8 million deaths, or 20% of all deaths in Europe annually. Overall, CVD caused 51% of deaths among women and 42% among men in the last year of data, compared with 19 and 23%, respectively, for all cancers. The most comparable data available across European countries to track the burden of CVD morbidity are hospital discharge data. The most recent available data show that the population based rates of hospitalization for CVD have tended to trend upward since the early 2000s. The median numbers of hospital discharges per 100 000 population in 2012 (or most recent year) by country were 2097 for CVD, 608 for CHD, and 298 for stroke, up from 1829, 532 and 258 in 2001. In contrast to mortality rates, which have fallen significantly in almost all European countries in recent years, more countries (34) have experienced an increase in hospital discharge rates for CVD than have experienced decreases (15), and similarly for stroke there were 32 countries with an increase, and 18 with a decrease.

For instance, in Slovakia the adult risk factors were analyzed and the contribution of the main factors in the development of the coronary heart disease and cardiovascular disease were revealed: current tobacco smoking (29%), total alcohol consumption (13%), raised blood pressure (39.8%) and obesity (25.4%).

But also we should take into account the economic risk factors concerning with the growth of the price for drugs used in the cardiovascular and coronary heart disease treatment. For some countries with low income per capita and absence of the national health insurance systems the rapid increasing prices for the treatment and drugs leads to essential risk for the patients. They avoid diagnostics and treatment due to economic reasons, namely, high cost for health services and low level of their personal incomes. For instance, the economic research provided in Slovakia concluded that amount of drug costs allocated for cardiovascular disease escalated in 2011 with almost 197 million EUR, average price for package reached 5,38 EUR.

The same research should be carried out in Ukraine, where mortality from cardiovascular and coronary heart diseases are relatively higher than in Europe, and personal income level is very low in the comparison with EU countries.

ПОДБОР ДОЗЫ РИТУКСИМАБА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОЗИТАХ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО ЭФФЕКТА ТЕРАПИИ

Бойцова А. В., Жижера Д. В., Кожушко Е. Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: подобрать оптимальную дозу ритуксимаба при идиопатических воспалительных миозитах (ИВМ).

ИВМ – группа аутоиммунных ревматических заболеваний, которые могут встречаться как в качестве самостоятельной нозологической формы, так и в качестве синдрома при других ревматических болезнях.

Современная схема лечения включает в себя обязательное назначение глюкокортикостероидов (ГКС) и иммунодепрессантов (ИД), которые имеют множество побочных действий, а так же не всегда эффективны. Применение ритуксимаба стоит рассмотреть как в качестве самостоятельного препарата для лечения ИВМ, так и включить в схему как обязательный препарат, для снижения дозы ГКС и ИД. Ритуксимаб представляет собой химерные моноклональные антитела к CD20-антигену В-клеток (ранее применялся в лечение неходжскинких лимфом).

Путем ретроспективного анализа было изучено 8 историй болезни больных, которые были резистентные к стандартной терапии. I группа пациентов (4 человека) получали ритуксимаб по схеме: 1 инъекция один раз в неделю в течение одного месяца, без пролонгации данным препаратом в последующем; II группа (4 человека) – 1000 мг два раза с промежутком в 2 недели.

Оценивая полученные данные установлено, что в I группе максимальный эффект был достигнут на 12-13 неделю после первой инъекции, во II на 11-12 неделю лечения, что напрямую коррелирует с уменьшением CD20 В-клеток. Однако, на 53 неделю в I группе рецидив был у 3 больных (75%), во II – рецидив только у 2 больных (50%). У I группе было отмечено уменьшение: кожной сыпи у 3 больных, алопеции – 3, нормализации мышечной силы – 3, увеличение форсированной жизненной ёмкости лёгких (ФЖЕЛ) – 4; II группа: уменьшение кожной сыпи – 2, уменьшение алопеции – 3, нормализация мышечной силы – 3, увеличение ФЖЕЛ – 2 больных. Нормализацию КФК можно отметить в I группе – на 4-5 месяц, во II - на 5-6 месяц.

Таким образом, применение первой схемы имеет не большие преимущества по сравнению со второй схемой (более раннее увеличение КФК, быстрее уменьшаются клинические симптомы), однако дает большее количество рецидивов и более длительное наступление эффекта на 12-13 неделю. На фоне лечения ритуксимабом отмечено улучшение диффузионной способности лёгких (через 4 месяца от начала лечения), что позволяет снизить дозу ГКС в обеих группах.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВЕНЕЧНЫХ СОСУДОВ

Болтабоев С. А.

Наманганский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования – изучить показатели липидного обмена в реабилитации больных атеросклерозом венечных сосудов.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных атеросклерозом венечных сосудов в возрасте 39-65 лет. Из них 17 (42,5%) мужчин и 23 (57,5%) женщин. Давность заболевания от 1 года до 10 лет.

До и после лечения изучалось содержание в сыворотке крови – [общий холестерин-ОХС (Илька), триглицериды-Тг, β-липопротеиды (ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП) и б-липопротеиды (ХС-ЛПВП) (Брунштейн-Самай)].

Всем больным назначена: - иммунокорректор-тимоптин (по 100 мг в/м ежедневно №5, потом по 100 мг в/м через день №5, последующим по 100 мг в/м через неделю №5, курс составляет 50 дней, курс повторили в начале 2 года лечебно-реабилитационных программ); - ЛФК в виде танцевально-физических упражнений, например: Андижанская полка, тановар. Нагрузку увеличивали день в день постепенно учитывая индивидуальные особенности, подготовленности и здоровье больных в течение 2 года; - йодо-бромная бальнеотерапия: йодо-бромная минеральная ванна назначена при температуре воды 37°C, продолжительность 10 минут, через день, на курс 8 процедур; - внутривенное лазерное облучение крови с помощью аппарата «Шифо-2М» мощностью 1,5 мВт, продолжительность 30 минут, через день, на курс лечение 4 процедур; - калий-йод электрофорез по методу Шербака, продолжительность 10 минут, сила тока 10 мА, через день, на курс лечение 8 процедур.

Результаты. До лечения у всех больных выявлено гиперхолестеринемия и гиперлипидемия. После лечения отмечался достоверное снижение средних показателей липидного спектра обмена соответственно: ОХС–19,8%, 24,2%, 28,5%, 25,6% ($P<0,01$), Тг–27,3%, 30%, 36,8%, 32,2% ($P<0,01$), ХС-ЛПОНП–40,9%, 40,9%, 22,7%, 45,4% ($P<0,01$), ХС-ЛПНП–22,2%, 26,9%, 30,1%, 28,5% ($P<0,01$) и достоверное повышение средних показателей б-липопротеидов ХС-ЛПВП–96%, 118,3%, 92,9%, 129,5%, ($P<0,001$).

Выводы. Таким образом, на основании выше изложенного можно заключить, что проводимое в комплекс лечение оказывает гипохолестеринемический и гиполлипидемический эффект. На фоне чего выявлено достоверная положительная динамика показателей липидного спектра обмена в реабилитации больных атеросклерозом венечных сосудов. Эти динамики связаны с применением в комплексе следующих процедур, как внутривенного лазерного облучения крови, йодо-бромных ванн и танцевальных лечебных физических упражнений.

ВЛИЯНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ У ЛИЦ СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Болтабоев С. А., Азизов С. В.

Наманганский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние антистрессовой пластической гимнастики (АПГ) на иммунологические показатели в реабилитации больных хроническим пиелонефритом (ХП) у лиц старшего и пожилого возраста

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных с ХП в возрасте 50-75 лет. Из них 24 (60%) мужчин и 16 (40%) женщин. Давность заболевания от 4 года до 25 лет.

До и после лечений в комплексе с АПГ: - изучалось содержание в сыворотки крови СД3-лимфоцитов (Жондал), СД4 и СД8 (Моретта), СД19 (Е.Р.Кудрявцева) и G(IgG), A(IgA), M(IgM)-иммуноглобулинов (Манчини).

Всем больным включали следующие процедуры: - базисная терапия [антибактериальная терапия, - витамины группа В, - дезинтоксикационные средства, - уроантисептики]; - иммунокорректор-тимоптин, курс составляет 50 дней, курс повторили в начале 2 года лечение); - АПГ в течение 2 года. Основной частью АПГ являются вводная часть (разминка), суставный массаж и бег. Предусматривались постепенное увеличение объема материала и его расширение. Последовательно вводятся разделы: техника перемещений, упражнения на растягивание, танцевальные шаги с использованием музыки.

Результаты. До лечений в комплексе с АПГ у всех больных выявлено Т и В иммунодефицитное состояние, в виде снижения клеточных и повышения гуморальных иммунологических показателей.

После лечения в комплексе с АПГ отмечался достоверные повышения средних значения клеточных иммунологических показателей соответственно: СД3-20%, 10,1%, 13,6%, 16,3% ($P<0,05$); СД4-31,2%, 27,5%, 31,6%, 34,3% ($P<0,01$); СД8-28,2%, 20,1%, 26,2%, 33,5% ($P<0,01$); СД19-68,3%, 64,7%, 67,2%, 73,0% ($P<0,001$) и достоверные снижения средних значения гуморальных иммунологических показателей соответственно: IgA-44,2%, 21,6%, 24,3%, 26,2% ($P<0,01$); IgM-19,5%, 11,7%, 12,5%, 13,8% ($P<0,05$); IgG-16,4%, 10,8%, 12,9%, 17,5% ($P<0,05$).

Выводы. Таким образом, на основании выше изложенного можно заключить, что проводимое лечебно-реабилитационная программа в комплексе с АПГ оказывает иммунокорректирующий эффект. На фоне чего выявлено достоверная положительная динамика показателей клеточной и гуморальной иммунной защиты организма в реабилитации больных ХП.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ И АНТИГИПОТЕРМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ГЛЮКОЗАМИНА ГИДРОХЛОРИДА И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

Бондарев Е. В., Штрыголь С. Ю.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

В последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа пострадавших от холодовых травм в регионах с умеренным климатом. В Украине каждый год регистрируют более 12000 таких случаев. Острое воздействие холода приводит к повышенному образованию свободных радикалов, к истощению антиоксидантной системы (АОС) и приводит к активации перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Целью исследования явилось выяснение характера влияния глюкозамина гидрохлорида на выраженность гипотермии, интенсивность ПОЛ и состояние АОС в сравнении с АСК в условиях модельного острого общего охлаждения организма у крыс.

Субстанцию глюкозамина гидрохлорида (Г г/х) (Sigma-Aldrich, USA) в дозе 50 мг/кг и препарат сравнения АСК (ЗАО Дарница, Киев) в эффективной дозе 25 мг/кг вводили внутривенно в профилактическом режиме за 30 мин до холодовой травмы. Воздействие холодом осуществляли в течение 3 часов при -18°C . Антиоксидантные свойства изучаемых лекарственных средств изучали по изменению содержания продуктов ПОЛ: диеновых конъюгатов (ДК), ТБК-реактантов (МДА), а также активности ферментов – компонентов АОС супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в сыворотке крови и гомогенате печени крыс, подвергнутых острой холодовой травме. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия t-Стьюдента. Результаты исследования свидетельствуют о повышении интенсивности ПОЛ и АОС у животных группы контрольной патологии на фоне острого общего охлаждения. Модельная острая холодовая травма у крыс приводит к снижению ректальной температуры, выраженность которой уменьшают ацетилсалициловая кислота и особенно глюкозамина гидрохлорид. Под действием острой холодовой травмы активизируются процессы перекисного окисления липидов и компенсаторно повышается активность антиоксидантной системы. Глюкозамина гидрохлорид и ацетилсалициловая кислота, которые обладают выраженным фригопротекторным действием, в условиях острой холодовой травмы способствуют достоверному снижению показателей ПОЛ и АОС по отношению к группе контрольной патологии. При этом глюкозамина гидрохлорид проявляет более выраженные антиоксидантные свойства.

АМПЛИПУЛЬСФОРЕЗ ПЕЛОДЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Бондаренко С. В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Деформирующий остеоартроз (ДО) занимает одно из ведущих мест среди дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата и его лечение остаётся проблемой как для теоретической, так и практической медицины. Лечение ДО нестероидными противовоспалительными препаратами вполне оправдано, однако побочные эффекты данной терапии напроочь перечеркивают ожидания больного на улучшение общего самочувствия. Методы физиотерапии, применяемые в лечении ДО доказали свою высокую эффективность при отсутствии побочных проявлений и наличии длительного периода ремиссии.

Особое место в лечении данной патологии занимают лечебные грязи и грязевые препараты. Учитывая всё выше сказанное нами разработан амплипульсфорез пелодекса для лечения больных ДО. Синусоидальные модулированные токи оказывают выраженное обезболивающее, противовоспалительное действие, улучшают микроциркуляцию и внутриклеточный обмен веществ в области воздействия.

Пелодекс – грязевой препарат, который обладает обезболивающим эффектом за счет уменьшения отека тканей и их давления на болевые рецепторные окончания, так же активен при болях, связанных с воспалением, оказывая не только симптоматическое, но и патогенетическое действие. При его использовании улучшаются трофические процессы в тканях, нормализуется кровоснабжение. Пелодекс нормализует кислотность тканей, способствует выработке коллагеновых волокон. Противовоспалительный эффект пелодексотерапии обусловлен влиянием на иммуногенез.

Под наблюдением находилось 46 больных ДО коленных суставов в возрасте от 48 до 63 лет. Диагноз был установлен на основе клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Амплипульсфорез пелодекса осуществлялся биполярно на поражённый сустав по внутренне-наружной методике IV родом работы во 2 режиме в течение 20 минут. Процедуры отпускались ежедневно, Курс лечения-10 процедур. В ходе лечения уже после 2-3 процедуры отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома, признаков воспаления, увеличение подвижности сустава. После проведенного курса лечения положительный эффект был отмечен у 82% больных.

Таким образом, амплипульсфорез пелодекса оказывает выраженный лечебный эффект у больных ДО и заслуживает широкого внедрения в клиническую практику.

КОМБИНИРОВАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

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

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

Высокая распространённость остеохондроза позвоночника, нередко приводящего не только к снижению трудоспособности, но и к инвалидизации пациентов, заставляет обновлять или дополнять методы лечения этого заболевания. Основу фармакотерапии остеохондроза позвоночника составляет использование НПВП. По нашему мнению данная категория больных должна лечиться в первую очередь немедикаментозными методами. Применение НПВП желательно или в виде электрофореза через кожу, или в виде внутриканевого электрофореза. Также в лечении остеохондроза позвоночника достойное место занимают различные варианты рефлексотерапии (акупунктура, электро-лазеро-ультразвуковая пунктура и так далее).

Нами внедрено и успешно апробировано комбинированное лечение больных пояснично-крестцовым остеохондрозом с люмбалгией, включающее иглоукалывание в сочетании с диадинамофорезом диклофенака из ампулированного раствора.

В начале проводилась процедура диадинамофореза диклофенака с катода по схеме: двухтактный непрерывный ток, 10 минут, затем ток “короткий период”, 10 минут. Отрицательный полюс аппарата располагался на стороне наибольшей выраженности боли.

Через 30-60 минут после диадинамофореза проводился сеанс акупунктуры по следующей методике:

IG-3,18 V-25,31,32,33,34,36,37,40,54,60,62 VB-30, T-2,4;

TBM – 71,72,75,76,81,139

AT: 29,38,40,52,54,92

Процедуры отпускались ежедневно, курс лечения – 10 процедур. Под наблюдением находилось 28 больных пояснично-крестцовым остеохондрозом с люмбалгией. Уже после первого сеанса комбинированного лечения пациенты отмечали значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома, увеличивалась подвижность в поясничном отделе позвоночника (угол наклона, повороты туловища).

К концу курса лечения положительная динамика отмечена у всех больных, причем жалобы, которые пациенты предъявляли в начале, исчезли у 20 больных, а у остальных значительно уменьшились.

Таким образом, комбинированное лечение пояснично-крестцового остеохондроза с включением диадинамофореза диклофенака и акупунктуры позволяет получить быстрый и выраженный лечебный эффект и заслуживает внедрения в практическую медицину.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГІПЕРОСТЕОПОНТИЕМІЇ З ОЖИРІННЯМ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Борзова-Коссе С. І.

Харківський національний медичний університет, Україна.

У сучасному світі вже протягом багатьох десятиліть одну з лідируючих позицій займає серцево-судинна патологія, а саме розвиток ішемічної хвороби серця. Особливу зацікавленість привертає проблема взаємозв'язків росту серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркта міокарда з накопиченням в популяції осіб, що страждають на ожиріння.

Мета дослідження - проаналізувати активність остеопонтина у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) в залежності від наявності ожиріння, а також дослідити характер зв'язків з антропометричними показниками.

Матеріали і методи досліджень. Обстежено 104 хворих на ГІМ, поділених на групи, в залежності від наявності ожиріння. До першої групи увійшли хворі ГІМ з ожирінням ($n = 74$). Друга група складалася з хворих ГІМ без ожиріння ($n = 30$). В якості контрольної групи обстежено 15 практично здорових осіб. Остеопонтин визначали за допомогою імуноферментного метода з використанням набору реагентів «HumanOsteopontin» (KonoBiotechCo.,Ltd). Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою $ІМТ (кг/м^2) = маса тіла / (ріст)^2$.

Результати: в групі хворих з ГІМ спостерігається вірогідне зростання рівня остеопонтина на 90,69% в порівнянні з групою контролю. При наявності коморбідності ожиріння і ГІМ концентрація остеопонтина була достовірно вище на 41,2% при зіставленні з групою контролю. Порівняння рівнів досліджуваного параметра, у хворих ГІМ в залежності від наявності або відсутності супутнього ожиріння визначило відмінності у вигляді зростання концентрації остеопонтина на 27,1% при надмірній масі тіла ($p < 0,05$). У хворих з ГІМ і ожирінням знайдено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між остеопонтином і індексом маси тіла ($r = 0,54$; $p < 0,05$), об'ємом талії ($r = 0,48$; $p < 0,05$), тобто збільшення маси тіла у хворих з ГІМ асоціюється з гіперостеопонтинемією.

Висновки: Наявність гострого інфаркту міокарда супроводжується гіперостеопонтинемією за умови наявності супутнього ожиріння і без нього при зіставленні з контрольною групою, представленою здоровими особами.

РІВНІ ТРОМБОСПОНДИНА-2 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Борзова-Коссе С. І., Риндіна Н. Г., Борзова О. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи – порівнювальна оцінка рівнів тромбоспондину-2 у хворих з гострим коронарним синдромом при розвитку Q-позитивного і Q-негативного інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. Обстежено 104 хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST у віці від 42 до 74 років. З них у 69 осіб розвинувся Q-позитивний інфаркт міокарда (ІМ) та у 35 – Q-негативний ІМ. В якості контрольної групи було обстежено 15 практично здорових людей.

Критеріями виключення були наявність у пацієнта цукрового діабету, гострого порушення мозкового кровообігу, захворювань сполучної тканини, онкологічних процесів.

Визначення рівня тромбоспондину-2 проводилося імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «HumanThrombospondin-2» (KonoBiotechCo., Ltd).

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакета статистичних програм «Microsoft Excel»

Результати. При аналізі отриманих даних було виявлено, що у пацієнтів з гострим коронарним синдромом і ожирінням, у яких розвинувся Q-позитивний інфаркт міокарда рівень тромбоспондину-2 становив $41,46 \pm 1,05$ нг / мл ($p < 0,05$), в той час як у хворих з Q-негативним ІМ він був в середньому $38,43 \pm 0,81$ нг / мл ($p < 0,05$). При цьому рівень підвищення тромбоспондіна-2 прямо пропорційний обсягу пошкодження міокарда. Це говорить на користь того, що у хворих з ІМ тромбоспондин-2, виробляється в високих концентраціях і залучається в процеси патологічного ремоделювання, обумовлюючи порушення структури колагенового матриксу міокарда за рахунок накопичення аномальних фібрил колагену.

Висновки. У хворих з гострим коронарним синдромом при розвитку Q-позитивного інфаркту міокарда відзначається більш виражене підвищення рівня тромбоспондину-2 в порівнянні з пацієнтами з Q-негативним інфарктом міокарда.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОРГАНІЗОВАНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ПРАЦЮЮЧИХ

Боровик І. Г., Ніколенко Є. Я., Ткач С. І., Захаров О. Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: дослідити епідеміологічні аспекти щодо захворювань серцево-судинної системи (ЗССС) в організованій популяції працівників, що зазнають дію шкідливих та небезпечних виробничих факторів.

Обстежено організовану популяцію працюючих (П) в шкідливих та небезпечних умовах згідно Наказу МОЗ від 21.05.2007 №246, проведено опитування П за спеціально розробленою анкетною щодо визначення епідеміологічних аспектів ЗССС. Серед обстежених було 13,23% жінок та 86,77% чоловіків, середній вік – $(48,7 \pm 8,9)$ років. Поширеність ЗССС серед обстежених – 18,95%. Розподіл ЗССС серед П: артеріальна гіпертензія (АГ) – 12,56%, нейро-циркуляторна дистонія (НЦД) – 4,60%, ішемічна хвороба серця (ІХС) – 1,79%. Поширеність АГ серед П підвищувалась із збільшенням віку та стажу роботи у шкідливих та небезпечних виробничих умовах. Розподіл хворих на АГ за рівнем артеріального тиску: I ступінь – 86,61%, II ступінь – 12,50%, III ступінь – 0,89%. Обізнаність працівників щодо АГ становила 66,96%, при цьому лише 47,32% хворих лікувалися, з них 23,21% – ефективно. Майже у третини хворих (28,57%) на ЗССС була обтяженою спадковість щодо АГ чи ІХС. Щодо поширеності модифікованих факторів ризику: надлишкова маса тіла (НМТ) – 8,74%, тютюнопаління – 52,02%. Розповсюдженість тютюнопаління та відсоток осіб із НМТ суттєво не відрізнялись серед здорових працівників та хворих на серцево-судинну патологію й становила відповідно: 8,58% і 9,47% та 51,59% і 53,85%. Особливості реалізації заходів первинної та вторинної профілактики ЗССС в організованій популяції працюючих у шкідливих та небезпечних виробничих умовах: переважна більшість П були не налаштованими на провадження заходів первинної та вторинної профілактики, лікування. Відгук працівників на лікування стосовно АГ не перевищував 50%, ще нижчим він був на проведення будь-яких профілактичних заходів, особливо серед працівників віком до 40 років. Особливістю надання медичної допомоги працюючим, що страждають на ЗССС, є низький відсоток П щодо забезпечення послідовності та наступності проведення лікувально-профілактичних заходів за підсумками медичних оглядів. Руйнація профпатологічної служби значною мірою утруднює лікування хворих та провадження профілактичних заходів серед працюючих.

Отже, обстежена організована популяція П характеризується невисокими показниками поширеності ЗССС та факторів їхнього ризику, а реалізація в ній заходів щодо первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань має певні складнощі.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГАЛЕКТИНА-3 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Боровик Е. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы – оценить уровень галектина-3 у пациентов с острым инфарктом миокарда в зависимости от индекса массы тела, а также проанализировать характер связей данного параметра с антропометрическими показателями.

Материалы и методы. В обследовании принимали участие 78 пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Основную группу составили 55 пациентов с ОИМ и сопутствующим ожирением. Группа сравнения включала 23 пациента с ОИМ и нормальной массой тела. Больные основной группы были разделены согласно степени тяжести ожирения. Ожирение 1 степени выявлено у 26 пациентов, 2-3 степени – у 17 пациентов. Избыточная масса тела определялась у 12 больных. Наличие ожирения устанавливали согласно классификации ВОЗ при ИМТ $>30 \text{ кг/м}^2$, который рассчитывали по формуле: $\text{ИМТ (кг/м}^2) = \text{масса тела / (рост, м)}^2$. Для определения галектина-3 использовали метод иммуноферментного анализа с использованием набора «Human Galectin» ELISA Kit, Китай.

Результаты и их обсуждение. Выявлено достоверное повышение концентрации галектина-3 в плазме крови при сравнении больных с ОИМ на фоне ожирения 1, 2-3 степени и пациентов с нормальной массой тела. Так у больных с ожирением 1 степени уровень данного показателя превышал таковой на 58,1 %, чем у пациентов без ожирения, а у пациентов с ожирением 2-3 степени – на 90,9 %, соответственно. Что касается больных с ОИМ и избыточной массой тела, прослеживается тенденция к увеличению, которая не достигала уровня достоверности ($p=0,06$). С целью изучения характера взаимосвязей были использованы корреляции. У пациентов с избыточной массой тела обнаруживается прямая корреляционная связь слабой силы между концентрацией галектина-3 и ИМТ ($r=0,32$; $p<0,05$). При рассмотрении связей между данными показателями у больных с ожирением 1 степени и 2-3 степени отмечается увеличение силы связей ($r=0,56$; $p<0,05$ и $r=0,56$; $p<0,05$ соответственно). Кроме того, определяются прямые связи между уровнем галектина-3 и показателем объема талии (ОТ) как у пациентов с ожирением 1, так и 2-3 степени ($r=0,71$; $p<0,05$ и $r=0,74$; $p<0,05$ соответственно). У больных с избыточной массой тела выявлена прямая связь меньшей силы между изучаемыми параметрами ($r=0,42$; $p<0,05$).

Выводы. Прогрессирование абдоминального ожирения, подтверждающегося увеличением антропометрического показателя объема талии у больных с острым инфарктом миокарда ассоциировано с пропорциональным нарастанием галектинемии.

ПОКАЗНИКИ ВІТРОНЕКТИНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Боровик К. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета. Дослідити зміни концентрації вітронектину у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) за наявності або відсутності ожиріння та проаналізувати характер зв'язків даного показника з антропометричними параметрами у даної групи хворих.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 66 пацієнтів з ГІМ віком $72,43 \pm 0,78$ років. Було сформовано наступні групи пацієнтів: до основної групи увійшли 43 хворих з $ІМТ \geq 25$ кг/м², до другої - 23 хворих з $ІМТ \leq 25$ кг/м². Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Вітронектин визначали імуноферментним методом за допомогою комерційних тест-систем «Human Vitronectin» ELISA Kit (Китай). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel».

Результати та їх обговорення. У хворих на ГІМ з надлишковою масою тіла та ожирінням було виявлено вірогідне зростання концентрації вітронектину сироватки на 25,92%, порівняно з хворими з нормальною масою тіла, та на 48,35% при порівнянні з групою контролю. Що стосується хворих на ГІМ з $ІМТ \leq 25$ кг/м², концентрація вітронектину перевищувала таку у контрольній групі на 30,28%. Рівень ІМТ, ОТ та ОС були вірогідно вище у хворих з коморбідним перебігом ГІМ та ожиріння при порівнянні як з групою контролю, так і з хворими на ізольований ГІМ.

Висновки. Гіпервітронектинемія у хворих на ГІМ на тлі надлишкової маси тіла та супутнього ожиріння абдомінального типу свідчить про значний вплив надмірного розвитку жирової тканини на процеси адгезії та агрегації тромбоцитів.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЛОДИПА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЕЙ

Бочкова Л. П., Вахидова С. Б., Курбанова Ф. Р., Насиров Ш. Н.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью нашей работы явилась оценка эффективности и переносимости комбинации амлодипина и вальсартана (препарат Валодип) у больных ХОБЛ II-III стадии и АГ I-II степени.

Материал и методы: нами обследовано 22 пациента с ХОБЛ II-III стадии и АГ I-II степени (20 мужчин и 2 женщины). У 8 (13,3%) больных установлено легкое течение ХОБЛ, у 12 (54,5%) средней тяжести. АГ выявлена у всех больных, у 10 больных I степени, 12 больных II степени. Средний возраст пациентов $54 \pm 1,34$ года, длительность ХОБЛ $7,3 \pm 3,5$ лет, длительность АГ $5,90 \pm 0,44$ года. С гипотензивной целью на протяжении 3 мес. больные получали комбинированный препарат Валодип в дозе 5/160 мг в сутки. Эффективность терапии контролировалась с помощью суточного мониторирования АД (СМАД). Дозировка и время приема препарата определялись исходя из данных СМАД. Базисная терапия ХОБЛ включала антихолинэргические препараты (тиатропия бромид), бета2-адреномиметики (сальметерол) или их комбинацию. Исходно и через 12 недель проводили полное лабораторное обследование: клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ. Критерием безопасности проводимой терапии служила оценка показателей функции внешнего дыхания, пульсоксиметрия до назначения препарата и в процессе терапии.

Результаты: по данным СМАД 85% больных на фоне лечения достигли целевых цифр АД. Увеличение дозы препарата (10/160 мг) потребовалось 6 (27,2%) больным. Побочных явлений в процессе терапии не было. Под влиянием терапии отмечалось снижение как среднесуточных показателей САД и ДАД, так и показателей АД в дневной и ночной периоды. При анализе суточного профиля АД до терапии обращало на себя внимание преобладание пациентов с повышением АД в ночное время (night-peaker 31%), что связано с усугублением бронхиальной обструкции в ночные часы. Пациентам с типами night-peaker и non-dipper прием препарата переносился на вечернее время. В процессе лечения отмечалось увеличение пациентов с ночным снижением АД (dipper) до 53%. Отмечено снижение САД и ДАД на 13,2% и 16,4% соответственно. Показатели пульсоксиметрии и спирографии были без существенной динамики.

Заключение: применение комбинированной терапии в лечении АГ у больных ХОБЛ позволяет достичь лучшей эффективности, повышает приверженность больных к лечению. Препарат Валодип хорошо переносился больными, побочных эффектов не было. Назначение препарата по результатам СМАД позволило достичь улучшения суточного профиля АД (переход из non-dipper в dipper).

МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ СУГЛОБОВОГО ХРЯЩА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ГЛЮКОЗАМІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Брунь Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

Кількість хворих, які страждають на остеоартроз (ОА) після 65 років становить до 80 % населення земної кулі. Існує велика кількість схем лікування ОА, але його фармакологічна корекція залишається актуальним завданням. У зв'язку із цим, виникає необхідність у пошуку нових методів лікування ОА. Лазеротерапія є одним із ефективних методів. Так одним із її перспективних напрямків є використання інфрачервоного лазерного випромінювання (НІЛВ).

Мета: дослідити структуру суглобового хряща щурів при використанні суміші диклофенаку натрію (ДNa)+глюкозаміну гідрохлориду (ГА•НСІ) в умовах проведенні лазеротерапії.

Експериментальні дослідження проведені на нелінійних білих щурах-самцях (n=15, m=250-300 г). Робота з тваринами проводилась відповідно до Директиви Європейського Парламенту та Ради Європейської Ради 2010/63 ЕУ. Тварини були розділені на 3 груп (n=5 щурів у кожній). Гонартроз моделювали шляхом внутрішньом'язового введення дексаметазону у дозі 7 мг/кг, 1 раз на тиждень протягом 3-х тижнів. Лікування тварин починали через 3 доби після останньої ін'єкції дексаметазону у режимі сеансів лазеротерапії – щоденно впродовж 10 діб. При цьому використання НІЛВ проводили за допомогою лазерного терапевтичного апарату «Мустанг» з насадкою ЛО2 в умовах режиму: довжина хвилі 0,89 мкм, імпульсна потужність 7-8 Вт, імпульсна частота 3000 Гц, тривалість сеансу 3 хвилини 42 сек, доза опромінення 0,3 Дж. Апарат застосовували контактено по задній каудальній поверхні правого колінного суглоба щурів. ДNa (8 мг/кг) та ГА•НСІ (50 мг/кг) розчиняли у воді очищеній та вводили (per os). Першій групі щурів вводили ДNa+ГА•НСІ (per os). Другу групу тварин підвергали впливу НІЛВ. Третю групу тварин підвергались впливу НІЛВ та через 15 хв вводили ДNa+ГА•НСІ (per os). Дослідження структури суглобового хряща щурів проводили за методом гематоксилином Вейгерта і еозинном. Ефективність лікування тварин вивчали на основі порівняння стану суглобового хряща тварин через 28 діб після останньої ін'єкції дексаметазону.

Встановлено, що лікування тварин методом сумісного використання НІЛВ та ДNa+ГА•НСІ призводить до найповнішого відновлення кількісного та структурно-метаболічного стану хондроцитів суглобового хряща по відношенню до групи тварин, якій призначали ДNa+ГА•НСІ.

Таким чином, використання НІЛВ та комбінованих НПЗП на основі ГА для лікування ОА являється актуальною та обґрунтованою задачею.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КАЛЬЦІЮ КАРБОНАТУ ТА КАЛЬЦІЮ АЦЕТАТУ, В ЯКОСТІ ФОСФАТБІНДЕРІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ЗАМІСНУ НИРКОВУ ТЕРАПІЮ МЕТОДОМ ГЕМОДІАЛІЗУ

Буграк Т. В., Легун О. М., Соколовський В. В.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Порушення мінерального обміну є поширеною проблемою у хворих, яким проводиться діаліз. Для контролю рівня фосфору в Україні найчастіше використовуються фосфор-зв'язуючі препарати на основі кальцію за рахунок їх відносно низької вартості і доступності.

Метою роботи є порівняння ефективності зниження рівня фосфору препаратами кальцію карбонату та кальцію ацетату у пацієнтів, які знаходяться на замісній нирковій терапії методом програмованого гемодіалізу.

Матеріали і методи. Дослідження було проведене у відділенні хроніодіалізу Івано-Франківської ОКЛ. Під час дослідження було відібрано 24 пацієнти (10 жінок та 14 чоловіків, віком від 28-53 років), які знаходилися на замісній нирковій терапії методом програмованого гемодіалізу. Пацієнтів розділили на дві групи: I група отримувала в якості фосфатбіндера кальцій ацетат, а II – кальцію карбонат. Для досягнення поставленої мети ми визначали вміст фосфору та кальцію в крові пацієнтів до початку лікування, через 4 тижні, 8 тижнів та 12 тижнів після проведеної терапії. Якість життя оцінювали за допомогою опитника SF-36 до та через 12 тижнів після початку терапії. Критерієм виключення була наявність паратиреоїдектомії в анамнезі та відсутність прийому кальційвмісних препаратів та вітаміну D протягом 2 тижнів до початку дослідження.

Результати дослідження. Середній рівень фосфору в плазмі крові до початку лікування становив 2,21 ммоль/л, а рівень кальцію 2,24 ммоль/л. Ми встановили, що рівень фосфору у крові мав прямопропорційний середньої сили достовірний кореляційний взаємозв'язок з стажем перебування на замісній нирковій терапії гемодіалізом ($p > 0,05$, $r = 0,65$). Через 12 тижнів терапії в пацієнтів, які отримували кальцій карбонат рівень фосфору знизився в середньому на 7%, а в групі, в якій отримували кальцій ацетат на 16%. Провівши моніторинг отриманих даних ми встановили, що у обох групах хворих через 12 тижнів після початку лікування якість життя була вищою ніж до початку дослідження. Проте у I групі пацієнтів ця динаміка була більш вираженою.

Висновки. Результати даного дослідження підтверджують, що ацетат кальцію показав кращий результат щодо контролю гіперфосфатемії та якості життя, ніж карбонат кальцію у пацієнтів, які знаходяться на гемодіалізі і може бути рекомендований, як препарат вибору.

**ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМООБТЯЖЕННЯ
РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ,
АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

Букач О. П., Федів О. І., Шкарутяк А. Є.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета дослідження. Визначити кореляційний зв'язок між прозапальними, протизапальними цитокінами та гострофазовими показниками у хворих на РА з цукровим діабетом типу 2 (ЦД2), артеріальною гіпертензією (АГ) та абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали та методи. Обстежено 88 хворих на РА, які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні КМУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня», які були розподілені на 4 групи: до 1-ї групи увійшли 32 хворих на РА, 2-ї – 26 хворих на РА з АГ та АО, 3-ї – 30 хворих на РА з АГ, АО та ЦД2 та до 4-ї групи – 20 практично здорових осіб (ПЗО). Досліджували гострофазові показники загальноприйнятими методами. Для визначення цитокінового профілю провели аналіз вмісту у плазмі ІЛ-12, ІЛ-18, ІЛ-6 та ІЛ-10 методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням наборів Bender MedSystems GmbH, (Австрія) згідно з інструкцією виробника до кожного з наборів зазначених цитокінів. Статистичний аналіз результатів здійснено за допомогою Microsoft Excel 2007 та IBM SPSS Statistics® 23.0. Для оцінки взаємозв'язку між показниками використовувалися коефіцієнт кореляції Пірсона (r). Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Шляхом кореляційного аналізу нами встановлено тісний взаємозв'язок між рівнем СРБ та інтерлейкінами (ІЛ -12 p70, ІЛ -18, ІЛ-10). При дослідженні вмісту СРБ у хворих на РА було виявлено обернений середньої сили зв'язок між ІЛ-12 p70 та СРБ ($r = -0,40$; $p < 0,01$), а у хворих на РА з АО та АГ високий від'ємний кореляційний зв'язок ($r = -0,71$; $p < 0,001$). При оцінці взаємозв'язку рівня ІЛ-18 та СРБ у хворих 3-ї та 1-ї групи виявлено середньої сили від'ємний зв'язок ($r = -0,57$; $p < 0,001$) та ($r = -0,53$; $p < 0,001$), а у 2-й групі сильний від'ємний взаємозв'язок ($r = -0,71$; $p < 0,001$). Також з'ясували, що тісного взаємозв'язку між ІЛ-6 та СРБ у всіх досліджуваних групах не спостерігалось ($p > 0,05$). Аналізуючи отримані дані кореляції між ІЛ-10 та СРБ, встановлено прямий високий кореляційний зв'язок у хворих 1-ї, 2-ї та 3-ї групи ($r = 0,76$; $p < 0,001$), ($r = 0,80$; $p < 0,001$) та ($r = 0,78$; $p < 0,001$), відповідно.

Висновки. У хворих на ревматоїдний артрит в поєднанні з абдомінальним ожирінням, цукровим діабетом типу 2 та артеріальною гіпертензією виявлено обернений кореляційний зв'язок між медіатором запалення (С-реактивним білком) та рівнем прозапальних цитокінів (ІЛ-12 p70, ІЛ-18) та прямий зв'язок з протизапальним цитокіном (ІЛ-10), що свідчить про тяжкий перебігу, прогресування та виникнення ускладнень ревматоїдного артрити.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЛСАРТАНА И ВАЛСАРТАНА В КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бучко О. С., Молодан В. И.

*Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренней медицины №1, Украина*

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) остается основным фактором риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений, что требует проведения постоянной антигипертензивной терапии и контроля АД.

Цель исследования: оценка антигипертензивной эффективности различных доз валсартана и комбинации валсартана с гидрохлортиазидом у больных ГБ.

Материалы и методы. Обследовано 34 пациента с ГБ I и II стадии 1,2 степени. Возраст пациентов в среднем составил $58,2 \pm 1,4$ года, среди них 25 мужчин и 9 женщин. Исследуемый препарат назначался в виде монотерапии — 1 таблетка 80 мг валсартана утром однократно на протяжении 14 дней. Через 2 недели при отсутствии нормализации АД дозу валсартана увеличивали до 160 мг в день. К концу 4-й недели после начала терапии пациентам, не достигшим целевого уровня АД ($< 140/90$ мм рт.ст. по данным офисного измерения), к лечению валсартаном добавлялся гидрохлортиазид в дозе 12,5 мг 1 раз в сутки в зависимости от уровня АД.

Результаты исследования. Лечение валсартаном 80 сопровождалось нормализацией АД у 44,1 % больных ГБ легкой и умеренной степени. Повышение суточной дозы препарата до 160 мг увеличивало количество больных, ответивших на лечение нормализацией АД, до 51,0 %. Использование валсартана в комбинации с гидрохлортиазидом способствовало достижению целевого уровня АД у 68,8 % больных. По окончании лечения средний уровень офисного САД и ДАД снизился соответственно с $158,0 \pm 4,2$ мм рт.ст. до $140,0 \pm 5,6$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$) и с $98,8 \pm 2,1$ мм рт.ст. до $82,4 \pm 3,6$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). По данным суточного мониторирования АД через 8 недель величина среднесуточного, среднедневного, средненочного САД и ДАД уменьшилась соответственно на 13,3 % ($p < 0,01$) и 13,2 % ($p < 0,01$) (за сутки), на 16,1 % ($p < 0,01$) и 12,3 % ($p < 0,01$) (днем), на 10,8 % ($p < 0,01$) и 12,9 % ($p < 0,05$) (в ночное время).

Выводы. Применение валсартана (80 и 160 мг) и валсартана в комбинации с гидрохлортиазидом 12,5 мг у больных ГБ I и II стадии 1 и 2 степени оказывало корригирующее влияние на повышенное АД, при этом количество больных с суточным профилем АД типа non-dipper уменьшалось в 2 раза к окончанию лечения.

**СКЛАД НОРМАЛЬНОЇ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ**
Вінник Н. В., Стойкевич М. В., Татарчук О. М., Кудрявцева В. Є.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро, Україна

Мета. Визначити склад нормальної мікрофлори кишечника у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

Матеріали і методи. Проведено мікробіологічне обстеження 111 хворих на ХЗЗК, які знаходилися на лікуванні в відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Із них 75 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 36 хворих на хворобу Крона (ХК). Оцінка стану компонентного складу тіла пацієнтів здійснювалася за допомогою біоімпедансного аналізатору фірми «МЕДАСС» (Москва, Росія). На підставі визначення відсотка жирової маси тіла за даними імпедансметрії досліджені хворі були розподілені на 3 групи: I – зі зниженим нутритивним статусом (63 хворих), II – з нормальним нутритивним статусом (19 хворих) та III – з підвищеним нутритивним статусом (29 хворих).

Дослідження видового та кількісного складу мікрофлори вмісту товстої кишки проводили методом посіву десятикратних розведень (10^{-1} – 10^{-9}) на стандартний набір елективних та диференційно-діагностичних поживних середовищ для виділення аеробних та анаеробних мікроорганізмів

Результати та обговорення. Як при НВК, так і при ХК виявили вірогідне зниження рівня біфідо- і лактобактерій. Однак, у групі хворих на ХК частота виявлення цих порушень з боку біфідобактерій була вищою і дорівнювала 77,8 % проти 69,3 % ($p < 0,001$), тоді як дефіцит наявності лактобактерій був однаковим – по 92 % ($p < 0,001$) в обох групах. Зниження концентрації біфідобактерій у вмісті ТК у хворих III групи виявляли найчастіше – у 79,3 % випадків, тоді як у хворих I групи цей показник становив 71,4 % та 63,2 % у хворих II групи. Дефіцит лактобактерій найчастіше спостерігався у хворих II групи (94,7 %).

Висновки. У хворих на ХК та НВК виявлено вірогідне зниження рівня біфідо- (77,8 % та 69,3 %) і лактобактерій (92 % в кожній групі) ($p < 0,001$). Зниження концентрації біфідобактерій у вмісті ТК у хворих III групи виявляли найчастіше – у 79,3 % випадків. Дефіцит лактобактерій найчастіше спостерігався у хворих II групи (94,7 %).

КЛОПИДОГРЕЛ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Гальева Е. С., Молодан В. И., Голенко Т. Н.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра внутренней медицины № 1, Украина*

На сегодняшний день ведение больных после чрезкожных коронарных вмешательств требует обязательного назначения антитромбоцитарных препаратов. Применение антитромбоцитарных препаратов позволяет существенно улучшить ближайший, и отдаленный результаты реваскуляризации сердца, значительно уменьшив риски тромботических и геморрагических осложнений.

При проведении ЧКВ всем больным заранее следует назначать двухкомпонентную антитромбоцитарную терапию.

В современной кардиологии и кардиохирургии клопидогрель считается наиболее перспективным антиагрегантом. Клопидогрель лишен побочных эффектов блокаторов гликопротеида IIb/IIIa и действует быстрее, чем тиклопедин. В многочисленных клинических испытаниях показано, что клопидогрель хорошо сочетается с аспирином, тромболитиками и блокаторами гликопротеида IIb/IIIa. Недавние исследования показали, что эффективность клопидогреля при проведении чрезкожных коронарных вмешательств можно повысить за счет более раннего начала применения, повышения нагрузочной дозы и более длительного использования. Установлено также, что антитромбоцитарный эффект клопидогреля не снижается на фоне лечения статинами.

В большинстве ранних исследований с установкой стентов, покрытых сиролимусом, двойная антитромбоцитарная терапия продолжалась в среднем 2–6 мес. В этих сериях наблюдений частота острого и подострого тромбоза стента находилась в интервале 0,2–1,1%.

Двойная антитромбоцитарная терапия (клопидогрель в комбинации с ацетилсалициловой кислотой) стала основой стратегии предупреждения тромбоза стентов после ЧКВ. Оптимальная продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии составляет 12 мес независимо от типа стента (обновленные рекомендации по реваскуляризации миокарда Европейского кардиологического общества).

Таким образом, клопидогрель можно расценивать как средство выбора при проведении коронарного стентирования.

МОЖЕМ ЛИ МЫ ЗАМЕНИТЬ МЕДИЦИНСКИЙ ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ?

^{1,2}Гаргин В. В., ²Занг Т. Л., ²Дворник Н. А.

¹ГУ "Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины", ²Харьковский национальный медицинский университет

Применение окраски гематоксилином и эозином (ГЭ) в гистологической практике обусловлено его замечательными результатами для выявления структурных особенностей. В сложившихся экономических условиях Украины цена медицинского этилового спирта 96⁰ (МЭС) заставляет искать возможные варианты его замены.

Цель: изучить возможность замены МЭС более дешевыми ингредиентами при окраске ГЭ.

Объектом изучения явилась методика окраски ГЭ, в которой вместо МЭС использовали метиловый спирт, пищевой этиловый спирт, водку, ацетон при изготовлении срезов парафиновых блоков слизистой желудка.

Согласно методике окраски парафиновых срезов ГЭ парафиновые срезы, наклеенные на предметные стёкла, депарафинизируют поочередно погружая их в 2 порции ксилола (толуола, бензола) (по 3 мин). Производят гидратацию срезов путём поэтапного помещения их в спирты убывающей концентрации (96€, 80€, 60€, 40€), а затем в дистиллированную воду (3-4 мин). Окрашивают срезы сначала раствором гематоксилина в течение 2 мин. После этого срезы переносят в водопроводную воду, которая имеет щелочную среду, для окисления гематоксилина. При этом он приобретает синий цвет, а затем всплывают в дистиллированной воде. Окрашивают срезы раствором эозина (в течение 0,5-1 мин). Избыток красителя смывают дистиллированной водой в течение 1 мин. Окрашенные срезы обезвоживают. Для этого их помещают в спирты возрастающей концентрации – поочередно в спирты 40€, 60€, 80€, 96€, и 100€ (по 1-2 мин). Обезвоженные срезы просветляют в карбол-ксилоле, а затем - в двух порциях ксилола (по 2 мин), после чего срезы накрывают обезжиренным покровным стеклом.

В результате проведенной работы нами выявлены следующие недостатки при попытке заменить МЭС. При использовании метилового спирта отмечается токсическое действие на организм лаборанта и недостаточная прозрачность препаратов. При использовании пищевого этилового спирта в полученных препаратах выявляется недостаточная прозрачность препаратов. При попытке замены МЭС водкой отмечается мутность препарата с нечетким выявлением гистологических структур. При применении ацетона с предварительным добавлением в него силикагель для удаления остатков воды нами выявлено значительное уплотнение ткани влияющее на получение качественных срезов.

Вывод: таким образом, использование медицинского этилового спирта несмотря на его дороговизну является наиболее целесообразным при изготовлении гистологических препаратов с точки зрения их качества получаемых препаратов, влияния на здоровье персонала.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

^{1,2}Гаргин В. В., ²Кривенко Л. С., ²Назарян Р. С.

¹ГУ "Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины", ²Харьковский национальный медицинский университет

Атопические состояния (АС) характеризуются наследственной особенностью к продукции антител с иммуноглобулином Е (IgE) как реакция на контакт с небольшим количеством обычных белковых объектов окружающей среды, таких как пыльца, домашняя пыль и пищевые аллергены. На сегодняшний день многие аспекты развития АС остаются неизученными, существует необходимость в проведении дополнительных экспериментальных исследований для уточнения их патогенеза, обоснования мер первичной профилактики в том числе с их клиническими проявлениями со стороны ротовой полости. **Целью** настоящего исследования явилось выявление морфофункциональных особенностей состояния тканей ротовой полости при моделировании атопической патологии.

Для изучения морфофункционального состояния тканей слизистой оболочки ротовой полости при АС мы применили широко используемую модель (Cho SJ, 2008; Kim H, 2014; Yoshida M, 2002) на животных молодого возраста (трехмесячные самцы-кроли). После рутинной проводки фрагменты мягких тканей ротовой полости окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону.

В результате проведенного исследования установлено, что моделирование атопического процесса реализуется комплексом патологических изменений слизистой ротовой полости. Плоскоклеточный эпителий неравномерной толщины с наличием интраэпителиальных лимфоцитов, эозинофилов, очаговых эрозивных повреждений, признаками пролиферации клеток базального слоя, умеренно выраженным папилломатозом. В собственной пластинке слизистой отмечается формирование периваскулярных воспалительных инфильтратов, диффузное распределение эозинофилов, набухание и разволокнение волокон соединительной ткани. Микроциркуляторное русло неравномерного кровенаполнения с наличием преимущественно расширенных сосудов.

Таким образом, описанные нами морфологические изменения в тканях слизистой оболочки ротовой полости принято рассматривать как проявления атопического процесса с развитием воспалительных, дистрофических, дисциркуляторных процессов, метаболических расстройств, которые, с одной стороны объясняют более высокие показатели стоматологической патологии у лиц с АС, а с другой, вызывает необходимость разработки профилактических и лечебных мероприятий.

VACTERL SYNDROME AS RELATIVELY NEW TERM

^{1,2}Gargin V. V., ²Kurchanova Yu. V., ²Ivanteeva Yu. I.

¹SI "National Institute Therapy named after L. T. Malaya NAMS Ukraine ",

²Kharkiv National Medical University

VATER association was originally named in the early 1970s with the description of seven patients as including at least three of the following features: Vertebral defects, Anal atresia, Tracheo-Esophageal fistula, Radial and Renal dysplasia. Additional features, such as Cardiac malformations and additional Limb abnormalities, were added, and the condition was called VACTERL association (VA). For today VA is described as the non-random co-occurrence of vertebral defects (V), anal atresia (A), cardiac malformations (C), tracheo-esophageal fistula/esophageal atresia (TEF/EA), renal anomalies (R), limb abnormalities (L). Studies in neonates are restricted to clinical analysis and morphological investigation as ultrasound investigation is realized in interruption of pregnancy with severe congenital pathology. Simultaneously such experience is important for formation of clinical thinking of future doctors. Part of the museum collection of the Department of Pathological Anatomy of Kharkiv National Medical University (DPA KhNMU) dedicated to prenatal and perinatal pathology is one of the most representative among the academic collections in the world. So, we analyzed the scientific literature, studied macroscopic preparations of the museum of the DPA KhNMU with the presence of congenital malformations where VA could be presented but didn't detect.

Vertebral anomalies, described in 60-80% of VA affected individuals. At the museum we can see multiple curvature of the spine, scoliosis, syncephalus. Anorectal malformations are reported in 60% of affected individuals with VA and important in clear detection for surgical manipulation. Defects are frequently accompanied by genitourinary anomalies including complex cloacal malformations. We can study such anomalies at the museum collection of numerous congenital malformations. Cardiac malformations also include vascular anomalies. Museum piece of cardiac ectopy is a common example of this pathology. Tracheo-esophageal malformations are always characterized together because of their close anatomical location with common combination with Anorectal malformations. TEF may be with or without esophageal atresia. Renal anomalies, which may be accompanied by ureteral and GU anomalies, have been described in 70% of affected individuals. Optimizing adequate bladder emptying is especially important in obstructive hydronephrosis. Limb anomalies are the most visible form of congenital malformations in VA. It has the largest number of different manifestations. They are represented by such malformations as amelia, sirenornelia, brachydactyly, syndactyly, monobrahiya, gipodaktilya, which occur in 40-50% of cases. Amelia is the birth defect of lacking one or more limbs. It can also result in a shrunken or deformed limb.

Conclusions. As we can see in the museum collection of the DPA KhNMU, VA is found at the museum pieces with multiple malformations. Based on the above we found numerous macrospecimen in which the diagnosis VACTERL is appropriate that can be used for teaching of future and young specialists.

**ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ІЗОФЕРМЕНТУ
СИСТЕМИ ЦИТОХРОМУ P450 2D6*4 НА ЕФЕКТИВНІСТЬ
МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ
СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ**

Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.

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

Мета дослідження — аналіз ефективності метопролола сукцинату у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на фоні ожиріння з урахуванням генетичного поліморфізму ізоферменту системи цитохрому P450 CYP2D6*4.

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження за участю 89 пацієнтів обох статей з ХСН II–III стадій у віці 32–87 (61 [56; 68]) років, розподілених за індексом маси тіла (ІМТ), а також 21 практично здорова особа контрольної групи. Досліджували клінічні ознаки за шкалою оцінки клінічних симптомів, толерантність до фізичного навантаження у тесті 6-хвилинної ходи (Т6-ХХ), якість життя за Мінесотським опитувальником, центральну гемодинаміку доплер- та ехокардіографічним методом, варіабельність серцевого ритму — холтерівським моніторуванням. Дослідження алельного поліморфізму G1846A гену CYP2D6 проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в реальному часі.

Результати і обговорення. Встановлено тенденцію ($p < 0,10$) до асоціації несприятливого алелю А олігонуклеотидного поліморфізму гену ізоферменту системи цитохрому P450 2D6*4 у гетерозиготному генотипі GA зі збільшенням ваги тіла та наявності ХСН. Частота його склала 14 з 37 (38 %) серед пацієнтів з ХСН та ожирінням; 15 з 52 (29 %) серед хворих з ХСН та нормальною або надлишковою вагою тіла; 5 з 21 (24 %) — серед здорових осіб контролю. Серед носіїв гетерозиготного генотипу GA, порівняно з гомозиготним GG, встановлено менш виразну позитивну динаміку параметрів якості життя, клінічного статусу, показників гемодинаміки та ритму серця, сироваткового рівня NT-proBNP та маркерів інсулінорезистентності, гіршу переносимість тривалого лікування метопролола сукцинатом та прогноз.

Висновки. Застосування метопролола сукцинату в тривалій динаміці лікування пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння, особливо у гомозиготних носіїв GG генотипу, характеризується відносно швидким та стабільним досягненням цільових клініко-функціональних показників, доброю переносимістю, нижчою летальністю внаслідок прогресування ХСН, а також достовірно значущим підвищенням якості життя та прихильністю до лікування. Перспективою подальших досліджень є обґрунтування протоколів застосування метопролола сукцинату у пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння з урахуванням виявленої ролі поліморфізму гену ізоферменту системи цитохрому P450 CYP2D6*4.

ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОЧЕТАННОГО С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ: КАК УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ?

Гемеджи Э. Б., Абрамова Т. Г., Чистякова С. И., Ирсамбетова Е. Ю.

*ФГАОУ ВО "КФУ им. В. И. Вернадского" Медицинская академия
имени С. И. Георгиевского", г. Симферополь, Крым*

Рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) во всем мире диктует необходимость поиска новых схем лечения этой патологии. В настоящее время насчитывается более 371 миллиона человек с СД, что составляет 7% от населения Земли.

Цель: изучить влияние препарата Резалют в сочетании с Фитогепасаном, содержащим комбинацию активных компонентов растительного происхождения, на течение СД второго типа, сочетанного с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ).

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 30 пациентов с СД 2 типа, сочетанным с НАСГ в возрасте от 50 до 60 лет с диагностированным ожирением или избыточной массой тела. Наряду с терапией СД все больные получали Резалют по 2 капсулы 3 раза в день в течении двух месяцев в сочетании с Фитогепасаном по 1 капсуле 2 раза в день во время еды. Функциональное состояние печени оценивали по активности трансаминаз, щелочной фосфатазы (ЩФ), содержанию общего билирубина и его фракций.

Результаты и их обсуждение. В результате лечения у 29 (96,7 %) пациентов нормализовался уровень трансаминаз, у 1 (3,3%) снизился, но не достиг нормальных значений. Уровень ЩФ, общего билирубина и его фракций изначально был повышен у 16 (53,3%) пациентов, к концу лечения нормализовался у 14 (46,6%) пациентов и снизился у 2 (6,6%). У всех пациентов была отмечена положительная динамика клинических симптомов как СД, так и НАСГ. Побочных эффектов, требующих отмены препарата, отмечено не было.

Выводы: комбинированная терапия, включающая Резалют и Фитогепасан улучшает клиническое течение СД сочетанного с НАСГ, нормализует функциональное состояние печени, что позволяет оптимизировать лечение данной патологии и улучшить качество жизни пациентов.

РОЛЬ ФОСФОЛИПИДОВ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОЧЕТАННОГО С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Гемеджи Э. Б., Абрамова Т. Г., Ирсмамбетова Е. Ю.

ФГАОУ ВО "КФУ имени В. И. Вернадского", Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь, Крым

Сахарный диабет (СД) представляет собой мировую проблему, которая с годами только растет. По данным статистики в настоящее время насчитывается более 371 миллиона человек с СД, что составляет 7 процентов от всего населения Земли.

Целью нашего исследования было изучить влияние препарата Резалют, содержащего в своём составе эссенциальные фосфолипиды, на течение СД второго типа, сочетанного с неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 32 пациента с СД второго типа, сочетанным с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) в возрасте от 50 до 60 лет. У всех больных были диагностированы ожирение или избыточная масса тела. Наряду с базисной терапией СД все больные получали Резалют по 2 капсулы 3 раза в день во время еды в течении двух месяцев.

Результаты и их обсуждение. В результате лечения у 28 (87,5%) пациентов нормализовался уровень трансаминаз, у 4 (12,5%) снизился, но не достиг нормальных значений. Уровень щелочной фосфатазы, общего билирубина и его фракций изначально был повышен у 10 (31,25%) пациентов, к концу лечения нормализовался у 9 (28,12%) пациентов и снизился у 1 (3,12%) пациента. У всех обследованных больных была отмечена положительная динамика клинических симптомов как СД, так и НАСГ. Побочных эффектов, требующих отмены препарата, отмечено не было.

Выводы. Включение препарата Резалют в комплексную терапию СД в сочетании с НАСГ улучшает клиническое течение основного заболевания, нормализует функциональное состояние печени, что позволяет оптимизировать лечение данной патологии и улучшить качество жизни пациентов.

ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Гнатковская Д. В., Молодан Д. В.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра внутренней медицины №1, кафедра пропедевтики внутренней
медицины №1 основ биоэтики и биобезопасности, Украина*

Начиная с первых работ изучения гиперурикемии (ГУ) было отмечено, что нарушение метаболизма мочевой кислоты часто сопровождается развитием артериальной гипертензии. Было установлено, что ГУ является маркером, который свидетельствует о большей тяжести заболевания и худшем прогнозе. Поэтому у больных с ГУ при назначении лекарственных препаратов в том числе антигипертензивных, необходимо учитывать их влияние на уровень мочевой кислоты. Известно, что тиазидные диуретики, и ацетилсалициловая кислота увеличивают ГУ. В то же время лозартан и аторвастатин ее снижают. Лозартан повышает экскрецию мочевой кислоты в 2,6-3,9 раза и оказывает нефропротективное действие.

Нами проведено наблюдение за пациентом В, 63 лет с диагнозом: Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Риск очень высокий. ИБС. Постинфарктный (неизвестной давности) кардиосклероз. СН II-А ст. II ФК по NYHA. ХБП II-III ст. При объективном обследовании цифры АД 160/100 мм.рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. Общий холестерин 8,1 ммоль/л, триглицериды 2,1 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 5,1 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности 1,2 ммоль/л, липопротеиды очень низкой плотности 1,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 5,75, мочевая кислота 612 ммоль/л. В ходе лечения выбор был сделан в пользу препаратов, которые обладают гипоурикемическим или нейтральным влиянием: лозартан, индапамид ретард, амлодипин, аторвастатин. Контроль состояния через 3 нед. показал, что АД снизилось до цифр 140/95 – 130/90 мм рт.ст., ЧСС составило 70 уд/мин, общий холестерин 4,5 ммоль/л, триглицериды 1,3 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 3,0 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности 1,5 ммоль/л, липопротеиды очень низкой плотности 0,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,53, мочевая кислота снизилась до 508 ммоль/л. Таким образом при проведении антигипертензивной терапии у больных с артериальной гипертензией и ГУ необходимо учитывать их влияние на уровень мочевой кислоты, выбирая препараты с урикозурическим действием. В этой связи рациональным является применение препарата лозартан, который при однократном приеме позволяет контролировать АД и снижать уровень мочевой кислоты.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИЖИВАНOSTІ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗА ДАНИМИ ТРИВАЛОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Гребеник М. В., Зелененька Л. І., Маслій С. М., Левчик О. І.

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

Мета роботи – оцінити та проаналізувати особливості маніфестації фатальних наслідків перебігу інфаркту міокарда (ІМ) в залежності від гендерних відмінностей.

Дослідження базується на ретроспективному аналізі даних регіонального реєстру хворих на ІМ кардіологічної клініки кафедри терапії і сімейної медицини ННІ ПО та базі смертності облстатуправління. На I етапі роботи, що охоплювала період з 1998 по 2009 рр. накопичувались результати обстежень пацієнтів (n=2026) і динамічного тривалого спостереження відповідно до розробленої програми. Оцінено виживаність після ІМ в чоловічій популяції за методикою Kaplan-Meier, що опубліковано нами раніше.

Дане повідомлення демонструє II етап роботи в період 2010-2016 рр. на підставі аналізу 1395 випадків ІМ з оцінкою гендерних відмінностей перебігу гострого періоду, 30-денної летальності та віддаленої смертності. Основним критерієм розподілу пацієнтів на групи була стать. 1-шу групу склали чоловіки хворі на ІМ (n=987), другу (2 гр.) – жінки хворі на ІМ (n=408). Групи пацієнтів були співставними за сезонністю, добовим та тижневим розподілом ініціації гострого ІМ (ГІМ).

Результати даного дослідження продемонстрували більш ранню вікову маніфестацію ГІМ серед чоловіків – (61,8±0,4)р. у порівнянні з жінками – (72±0,4) р., p<0,0001. Слід відмітити, що в першу добу розвитку ІМ летальність в групі чоловіків наступала швидше на 2 год і склала (8,3±1,2) год порівняно з групою жінок – (10,1 ±1,7) год, p=0,002. В той час аналіз 30-денної летальності виявився вищим у групі жінок – 12,0 % на противагу групі чоловіків, що склала 6,2 % (p=0,0003). Середній часовий проміжок настання смерті в 1 групі пацієнтів був коротший і склав (474,8±49,6) днів, а в 2-ій групі – (518,5±68,2) днів. Оцінка віддаленої смертності та смертності до 6-місячного періоду не показала суттєвих відмінностей: у чоловіків – 7,6 % та 2,53%, а в жінок – 9,1 % та 2,21%.

В цілому аналіз даних продемонстрував летальність від ІМ в осіб жіночої статі в 1,5 рази вищою (p=0,0008) у порівнянні з чоловічою.

Таким чином, факторами впливу на летальність у жінок виявились старший вік, відносно пізня госпіталізація (p=0,001), нижчий відсоток первинних перкутанних втручань (p<0,0001) і високих доз статинів (89,5% vs 94,4% – у чоловіків, p=0,001). Отже, при організації надання екстреної допомоги хворим на ГІМ слід враховувати гендерні особливості.

ЗМІНИ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СТРЕС-ТЕСТІВ

Гречко С. І., Трефаненко І. В., *Шевчук В. А.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

**Чернівецький обласний клінічний кардіологічний диспансер, Україна*

З метою об'єктивізації профілактики виникнення та лікування серцевої недостатності (СН) у хворих гострим інфарктом міокарда (ГІМ) обстежено 106 хворих на ГІМ з ознаками СН в реабілітаційному періоді, в терапію яких включено базову терапію: бета-адреноблокатори, антиагреганти, статини (І група – 64 хворих) базову терапію та івабрадин (ІІ група – 42 хворих). Всім хворим проведено комплексне обстеження, яке включало черезстравохідну електрокардіостимуляцію (ЧСЕС) та велоергометрію (ВЕМ після 28 дня ІМ) з контролем сумарної депресії сегменту ST (EST), ехокардіографію (ЕхоКГ) з визначенням кінцевого діастолічного і кінцевого систолічного об'ємів (КДО і КСО) та фракції викиду (ФВ), холтеровський моніторинг ЕКГ (ХМ ЕКГ) з аналізом больової та безбольової ішемії міокарду (БІМ і ББІМ), в динаміці тривалого спостереження і лікування. Аналіз клініко-функціональних показників у хворих з СН І стадії (І група) порівняно з СН ІІ стадії (ІІ група) показав, що відповідно до впливу ХСН відбуваються наступні зміни: за даними ЕхоКГ зареєстровано збільшення КДО ($196,1 \pm 2,4$ мл і $169,8 \pm 4,6$ мл, $p < 0,001$) і КСО ($117,9 \pm 2,4$ мл і $86,1 \pm 4,2$ мл, $p < 0,001$) та зменшення ФВ ($40,5 \pm 0,6\%$ і $49,5 \pm 1,4\%$, $p < 0,001$); зареєстровано суттєве зменшення в ІІ групі досягнутого навантаження при ВЕМ ($59,9 \pm 2,2$ Вт і $117,3 \pm 4,8$ Вт, $p < 0,001$) при недостовірних змінах EST ($1,4 \pm 0,1$ мм і $1,3 \pm 0,1$ мм, $p > 0,2$); ЧСЕС: частота припинення стимуляції була мінімальна в ІІ групі ($123,7 \pm 0,8$ імп/хв і $145,7 \pm 2,5$ імп/хв, $p < 0,001$) при недостовірних змінах EST ($1,5 \pm 0,1$ мм і $1,4 \pm 0,1$ мм, $p > 0,2$); достовірно переважала імовірність БІМ за даними ХМ ЕКГ, яка в ІІ групі склала $57,5 \pm 4,1\%$ і в І групі взагалі не зустрічалась, а ББІМ достовірно не розрізнялась ($26,0 \pm 3,6\%$ і $25,0 \pm 0,7\%$, $p > 0,5$). В динаміці спостереження за хворими в групі івабрадину зареєстровано збільшення ФВ (з $41,7 \pm 1,1\%$ до $45,3 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$), досягнутого навантаження при ВЕМ (з $65,7 \pm 4,6$ до $81,2 \pm 4,3$ Вт, $p < 0,02$), частоти припинення ЧСЕС (з $125,4 \pm 1,5$ до $134,5 \pm 1,7$ імп/хв., $p < 0,001$), зменшення максимальної депресії сегмента ST (з $2,04 \pm 0,05$ до $1,67 \pm 0,04$ мм, $p < 0,001$). Групою співставлення з'ясувалось, що під впливом препарату реєструється приріст частоти припинення ЧСЕС (7,7%) та ФВ (10,5%). Поєднання івабрадину з базовою терапією в лікуванні серцевої недостатності при інфаркті міокарда є більш перспективним.

**СТАН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ І
ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ
СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ НА ТЛІ
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

**Гречко С. І., Трефаненко І. В., Турубарова-Леунова Н. А.,
*Шевчук В. А.**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

**Чернівецький обласний клінічний кардіологічний диспансер, Україна*

Рання діагностика проявів серцевої недостатності (СН) на фоні поширення даного ускладнення серед пацієнтів з ураженням серцево-судинної системи потребує першочергового виявлення ранньої дисфункції міокарда та діагностики коронарної недостатності. Обстежено 84 пацієнти хворих, які були госпіталізовані у відділення гіпертонічної хвороби Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру. Аналіз отриманих результатів ЕхоКГ обстеження проводили в групах залежно від встановленого діагнозу: хворі з діагнозом стабільної стенокардії напруження (СС) III функціонального класу з асоційованою артеріальною гіпертензією склали I групу, II групу склали пацієнти на стабільну стенокардію напруження без асоційованої артеріальної гіпертензії. Отримано результати, які цілком відповідають клінічній картині перебігу СС. Аналізуючи динаміку об'ємних показників пацієнти на СС розділені на дві групи: I - з проявами СН та II – без таких. Зокрема, КСР, КДР, КСО, КДО, ТЗСЛШ та ТМШП достовірно не залежали у пацієнтів з явищами СН. Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ при надходженні у стаціонар ($p < 0,05$) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту ($p < 0,05$). Визначення порівняльної характеристики індексу маси міокарду лівого шлуночка характеризується тенденцією до переваги даного показника у пацієнтів з АГ. Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p < 0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p < 0,05$). Максимальним також було збільшення і кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ у даної категорії хворих на 18,8% ($p < 0,05$) у зіставленні з контрольною групою (II). Слід відзначити достовірне зниження ФВ у пацієнтів з АГ, в порівнянні з контрольною групою на усіх етапах проведення ЕхоКГ дослідження. Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p < 0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p < 0,05$). Відзначалось збільшення кінцевого діастолічного розміру (КДР) ЛШ з максимальним приростом на 12,0% ($p < 0,05$) у пацієнтів з СС II ФК та супутньою АГ.

Таким чином, стан скоротливості ЛШ залежить від рівня ушкодження ЛШ, більш значний вплив на його функцію відіграє ішемізації стінки ЛШ, а не розміри некрозу у міокарді ЛШ.

ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ СОЧЕТАННУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ И ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВУЮ ТРАВМУ

**Григоров С. Н., Григорова А. А., Тихонова Л. В.,
Григорова И. А., Копитько М. С., Тихонова О. О.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Проблема сочетанной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и челюстно-лицевой травмы (ЧЛТ) имеет актуальное значение в Украине, особенно в связи с боевыми действиями. Поэтому целью нашей работы было обследование и лечение 70 больных с сочетанной ЧМТ и ЧЛТ (боевой и небоевой).

У всех больных отмечено сотрясение мозга или ушиб мозга легкой степени тяжести в сочетании с повреждением мягких покровов лица и костных структур лицевого скелета.

После комплексного обследования, включающего нейровизуализацию структур головного мозга, Ro-графию лицевого скелета, неврологического и нейропсихологического обследования (с использованием Монреальской шкалы-Моса) было проведено лечение поврежденных структур лицевого скелета с иммобилизацией костных фрагментов. Отмечено некоторое снижение когнитивных функций на 2 балла по шкале Моса. Для профилактики развития посттравматических когнитивных расстройств нами использовался полифакторный препарат церебролизин в дозе 20 мл в струйно №10. Отмечено улучшение когнитивных расстройств, а также хорошую репарацию раны, что подтверждает мощное нейротрофическое действие церебролизина и наличие в его составе недавно выделенного мозгового нейротрофического фактора головного мозга BDNF. Это позволяет рекомендовать препарат церебролизин для профилактики когнитивных посттравматических расстройств и улучшения репаративных процессов при сочетанной ЧМТ и ЧЛТ. Не вызывает сомнения тот факт, что комплексный полифакторный препарат «церебролизин» улучшает посттравматические нейропластические процессы за счёт нейро и ангиогенеза, положительного влияния на астроглию. Использование церебролизина в неврологической, нейрохирургической, стоматологической практике весьма перспективны ещё и потому, что данный препарат не имеет возрастных ограничений.

КЛИНИКО-ЭМГ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И СИНДРОМОМ КОМПРЕССИИ L4-S1 КОРЕШКОВ

Григорова И. А., Лещенко К. А., Гелетка А. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью исследования было изучение сократительной функции мышц тазового дна с двух сторон и сфинктера уретры с помощью метода поверхностной ЭМГ у пациенток с вертеброгенной радикулопатией L4-S1 корешков.

Материалы и методы. Была обследована 31 пациентка с клиническими признаками гиперактивного мочевого пузыря с начальными признаками недержания мочи. Средний возраст составил $43,2 \pm 3,7$ года. У всех пациенток основной клинической группы были выявлены клинические признаки вертеброгенной радикулопатии L4-S1 корешков, подтвержденные данными МРТ поясничного отдела позвоночника. Контрольную группу составили 15 человек сопоставимые по возрасту без значимых клинических признаков компрессии L4-S1 корешков. Всем пациенткам было проведено ЭМГ-обследование мышц тазового дна с 2-х сторон и сфинктерного аппарата уретры. Для регистрации активности этих групп мышц были проведены пробы с 10-секундным тоническим сокращением, и фазическими сокращениями и 3-4 фазическими сокращениями.

Результаты. У больных с признаками недержания мочи были выявлены асимметрии сокращения мышц тазового без нарушения амплитуды сфинктерного аппарата уретры. Снижение амплитуды сокращений за счет мышц тазового дна на стороне корешковой компрессии до 10% ($87 \pm 2,2$ мкВ), по сравнению со «здоровой» стороной оставаясь в пределах значений контрольной группы. При проведении проб с фазическими сокращениями удлинялись периоды сокращений до 17% ($3,1 \pm 0,4$ сек.), и пауз между ними до 30% ($4,7 \pm 1,5$ сек.) как следствия увеличения длительности самого сокращения, так и за счет восходящих и нисходящих частей кривых (до 1,5 сек) с двух сторон. Без нарушения амплитуды сокращений.

Выводы. По данным клинической картины и поверхностной ЭМГ для проявления элементов недержания мочи достаточно наличия дисфункции мышц тазового дна в виде незначительной асимметрии амплитуд при проведении фазических и тонических сокращений, изменения их паттерна за счет удлинения фазических сокращений, создавая своего рода диссинергию мышц контролирующих акт мочеиспускания.

СОСУДИСТЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Григорова И. А., Тесленко О. А., Григоров Н. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью данной работы явились результаты обследования и лечения 120 больных с додементными когнитивными расстройствами и сосудистой деменцией. Все обследованные были разделены на две группы: I группа – больные с гипертензивной энцефалопатией II стадии в возрасте 50-60 лет, II группа – больные с гипертензивной энцефалопатией II- III стадии в возрасте 65-80 лет. У пациентов I группы выявлялись додементные когнитивные нарушения, а у II группы – деменция легкой и средней степени тяжести.

Все больные были обследованы согласно Украинскому протоколу. Психодиагностическое обследование проводилось с использованием Монреальской шкалы, применяемой для выявления когнитивных нарушений (шкала Моса), степень выраженности психоэмоциональных расстройств и депрессии определялось при помощи шкал Спилберга-Ханина и Бека. У больных I группы отмечено снижение когнитивных функций на 3 балла по шкале МОСА (уменьшение концентрации внимания, ухудшение кратковременной и долговременной памяти дезориентация, апрактические расстройства). У больных II группы выявлено снижение когнитивных функций на 5 баллов по шкале МОСА. У данного контингента больных к аналогичным расстройствам, имеющимся у больных I группы, присоединялись эхолалия, обедненность речи, трудность в самообслуживании. У 50% больных I группы и у 80% пациентов II группы выявлялись психо-эмоциональные нарушения в виде тревоги и депрессивного синдрома. Нами отмечен положительный эффект при применении препарата «Когнум» у больных I группы. У больных II группы частичный регресс когнитивных расстройств наблюдался при применении препаратов «Когнум»+«Мембрал». Таким образом, у лиц среднего возраста с додементными сосудистыми расстройствами, в ряде случаев, достаточно назначение одного препарата-когнум. У более пожилых пациентов и у лиц с деменцией целесообразно назначать препарат «когнум» и ингибитор MNDA – рецепторов «мембрал». Это подтверждает мнение о целесообразности комбинированной терапии у лиц с когнитивными сосудистыми расстройствами, особенно в старших возрастных группах при деменции.

РОЛЬ МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ У РОЗВИТКУ ПОЄДНАНИХ УШКОДЖЕНЬ АПЕНДИКСА

Грищенко М. І., Торяник І. І., Грищенко В. М., Кривенко В. М.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова

НАМН України», м. Харків,

КЗОЗ «Богодухівська центральна районна лікарня»

Чисельними публікаціями останніх років обґрунтовано доведений факт не лише складних за етіологією уражень кишки на значній, з точки зору клінічної анатомії, відстані, але й переважного розвитку локальних зон запалень, зокрема, в апендиксі. Зважаючи на те, що апендектомії тривалий час стійко посідають провідне місце у структурі оперативних втручань, вивчення ролі мікст-інфекцій у розвитку зазначеної патології є актуальним. Матеріалом започаткованого дослідження стали апендикси осіб обоє статі віком від 4,5 до 68 років (n=43) з випадкових об'ємів вибірок. Пацієнти направлялись до хірургічного стаціонару (здебільшого) лікарями служби швидкої допомоги/ фахівцями профільних поліклінічних відділень (з підозрами на перитоніт, трубку вагітність, загострення хронічних сальпінгітів). Діагностичні обстеження проводились комплексно: з урахуванням даних огляду, anamnesis vitae, anamnesis morbi, скарг, подекуди інструментальних методів дослідження. У переважній більшості осіб (n=37) оперативне втручання проводилось у перші дві доби після появи симптомів і лише у 6 хворих – у більш пізні строки. Клінічні результати порівнювали з групою клінічного контролю (n=9). Гістологічні препарати виготовляли за стандартними схемами. Забір матеріалу здійснювався за умов гнійної операційної. Шматочки органів фіксували у 12 % розчині формаліну на фосфатному буфері (pH=7,0-7,2), постфіксували, зневоднювали у батареї спиртів зростаючої концентрації (до 96 є). За цим відбувалась заливка блоків у парафін та целоїдин. Зрізи виготовляли за допомогою ротаційного мікротому, забарвлювали за типовою схемою гематоксилін-еозином та за Браше. Аналіз препаратів проводили за допомогою системи світлооптичного мікроскопу ЛОМО (С-Петербург, РФ). Робочими збільшеннями були: x 200; x 600. У результаті дослідження діагностували чотири форми апендициту (флегмонозний, гангренозний, гострий простий – катаральний, поверхневий), що виникали у наслідок дії здебільшого одного, принаймні, двох або трьох агентів (бактерій, вірусів та мікоплазм). За умов вірусно-мікоплазменого ураження органу виявляли вогнища гігантоклітинного метаморфозу ентероцитів, появи у них базofilьної зернистості, гіперхроматозу. Разом із цим спостерігали процеси інтенсивної десквамації ентероцитів з подальшим розривом цих клітин. Постійно реєстрували розлади кровообігу та незначну регенерацію ентероцитів. Залучення до процесу бактеріальної мікрофлори сприяло розвитку лімфоцитарної інфільтрації.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВІРУСНИХ ГАСТРОЕНТЕРИТІВ

(за даними клініко-експериментальних досліджень)

**Грищенко М. І., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Грищенко В. М.,
Сорокоумов В. П., Макаренко В. Д., Кривенко В. М., Юдін І. П.**

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
НАМН України», г. Харків,*

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
КЗОЗ «Богодухівська центральна районна лікарня»*

Етіологічні фактори розвитку сучасної гастроентеровірусної патології вирізняються полікомпонентністю та здатністю до ініціації у клінічній картині хвороби типового синдрому помірної діареї за рахунок ентерального зараження. На думку зарубіжних фахівців (Carr M., Lewis H., 1997-1999; Rousset S., 2006; Boch J., 2011), найбільш актуальними серед вірусних етіологічних чинників гастроентеритів на сьогодні залишаються: ротавіруси, кишкові аденовіруси, коронавіруси, віруси групи Norwalk; астровіруси. Більшість із наведених вище збудників є доволі новими, їх властивості, характер морфологічних змін здебільшого не зрозумілий. Не зважаючи на різновиди таксономічного положення, всі ці інфекційні агенти спонукають розвиток однотипної картини запалення у кишківнику. Діагностика останнього базується на гістологічних, ультрамікроскопічних даних, імунологічних дослідженнях та на сьогодні доки що вузькому вірусологічному моніторингу. Певного сенсу проблематиці додають загрозливі показники епідеміологічної статистики. У відповідності, до якої (за відсотковою часткою) 48,7 % всіх вірусних гастроентеритів у дітей надходить на ротавіруси, мікст-збудники (ентеровіруси та бактерії)- 16 %, астро- та корона віруси – сумарно – 6 %; аденовіруси – 6 % (Bishop R., 1999; Rommel M., 2007). Зважаючи на це, актуальність дослідження структурно-функціональної стратегії розвитку вірусних гастроентеритів не викликає жодного сумніву. Матеріалом дослідження стали біоптати та гістологічні препарати органів-мішеней, які виготовляли за стандартними методиками, аналізували у світлооптичному мікроскопі ЛОМО. Ідентичні результати узагальнювали. У результаті комплексного дослідження матеріалів біоптатів та гістологічних препаратів органів шлунково-кишкового тракту було встановлено, що характер структурних змін у них вагався від помірного до виразного загострення. Слизові органи повнокровні, з ознаками запальних реакцій, набряку, виразної лімфоцитарної та еозинофільної інфільтрації. Мікроскопічне дослідження чітко демонструвало наявність гострого ентериту, з вогнищевим ураженням органу, де відбувалась десквамация епітелію та надбання ним нетипової форми. Епітеліальний шар – із скупченнями лімфоцитарних клітин. У окремих препаратах реєстрували виразні ознаки гіперсекреції.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Гряділь Т. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ: Проблема депресивних розладів (ДР) на сьогоднішній день постає дуже гостро, внаслідок соціально-економічних передумов. Непорозуміння з батьками та/чи однолітками, стреси, зниження самооцінки, зменшення тривалості сонячного дня, та ін. фактори, всі вони в сукупності, чи по окремо впливають на лабільну психіку дітей та підлітків, сприяючи розвитку ДР. Крайнім наслідком ДР являється суїцид.

Мета: Проаналізувати найдоступніші методи діагностики ДР у дітей та підлітків, та запропонувати інструменти їх корекції.

Матеріали та методи: Пошук та аналіз статей за тематикою роботи проводився в базах даних PubMed, Web Of Knowledge, Google Academy, та ряду інших з використанням таких ключових слів, як «депресивні розлади», «діагностика», «психологічні тести», «педіатрія», «діти», «підлітки».

Результати: Згідно даних літератури, практикуючим лікарям, психологам слід звернути свою увагу на наступних психологічних тестах, що спрямовані на діагностику ДР: Patient Health Questionnaire (PHQ) 2 та PHQ-9, Beck Depression Scale, Hamilton Depression Scale, Montgomery Asberg Depression Rating Scale, Quick Inventory of Depressive Symptomatology, та ін. З метою кращого психологічного підходу до дітей та підлітків слід звернути увагу на психологічних тестах спрямованих на особливостях типу особистості: Тест Люшера, тип темпераменту за методикою Айзенка, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, Beck Anxiety Inventory, та ін. Варто відзначити, що тестування дітей слід представляти в ігровій, та адаптованій формах.

Висновки: Використання психологічних тестів у дітей та підлітків може виявити осіб, що знаходяться у групах ризику ДР. Найчастіше, це діти з соціально неблагополучних родин, дітей з будинків дитини, проте можуть бути і діти та підлітки з благополучних родин, що можуть піддані впливу мережі інтернет, тощо. Слід відзначити, що саме ДР сприяють зменшенню когнітивних здібностей, та як наслідок погіршують якість пізнання навколишнього світу та навчання. Редукцію ДР можуть сприяти: тренінги для дітей та підлітків, що спрямовані на підняття самооцінки та розкриття їх здібностей пошуку себе як індивідів; не менш 30-ти хвилинне спілкування на добу, батьків з дітьми та спільне виконання певного виду діяльності; стимулювання дітей та підлітків до саморозвитку та постійного вдосконалення, взаємодопомоги; виховання в них моральних та етичних цінностей; а також заходах, що спрямовані на планування сім'ї; консультування батьків; кабінетах анонімної психологічної допомоги тощо.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Гряділь Т. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ: Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), являється одним із термінальних наслідків багатьох факторів ризиків: атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, цукрового діабету, шкідливих звичок та ін. Пацієнти, які виживають після ГПМК, постають перед довготривалою реабілітаційною терапією, яка не завжди в змозі швидко та якісно компенсувати його наслідки: неврологічний дефіцит, ментальні та когнітивні порушення. Тому постає питання щодо пошуку нових підходів реабілітації хворих після ГПМК. Одним із перспективних напрямків являються технології віртуальної реальності (ТВР).

Мета: Проаналізувати реабілітаційні можливості застосування ТВР у хворих після ГПМК.

Матеріали та методи: Пошук та аналіз статей за тематикою роботи проводився в базах даних PubMed, Google Academy, Web Of Knowledge, та ряду інших з використанням таких ключових слів, як «гостре порушення мозкового кровообігу», «технології віртуальної реальності», «віртуальне середовище», «реабілітація», «медичні технології».

Результати: ТВР дозволяють за допомогою комп'ютерного обладнання моделювати, та створювати паралельну реальність, завдяки синхронному відтворенню генерованих відео– та аудіоефектів, сенсорним приладам, з рухами користувача.

Метааналіз дев'ятнадцяти досліджень, проведений Laver K. та дослідницькою командою, в які були включено 565 пацієнтів, після ГПМК продемонстрував, що використання ТВР у вигляді відеоігор, виявилось значно ефективнішим, порівняно з традиційною терапією, та супроводжувалося поліпшенням функцій верхньої кінцівки, функцій повсякденної діяльності, проте статистично значущі дані не були знайдені при оцінці сили захоплення (на підставі двох досліджень) або швидкості ходи (на основі трьох досліджень).

ТВР здатні моделювати перцептивні процеси при змінених станах власного тіла, та стимулювати нейропластичність, тобто можливість змінюватися головного мозку під дією сумачії досвіду, та відновлювати втрачені зв'язки між нейронами після пошкодження.

Висновки: ТВР мають потенціал корекції відновлення функції ходи, рівноваги, та дрібної моторики, порушень мови та ін., у хворих після ГПМК. Поступове здешевлення обладнання, що володіють ТВР та відповідне програмне забезпечення, може перемістити більшу частину реабілітації даних пацієнтів, на амбулаторний етап чи домашні умови.

ПЕРСОНІФІКОВАНІ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ ЯК ВІЗИТНА КАРТКА ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Гряділь Т. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ: Всеосяжне проникнення цифрових інформаційних технологій (ЦІФ), змінює наше відношення до взаємодії з навколишнім середовищем, а в умовах надання медичних послуг (МП) – пацієнт↔медичний заклад (МЗ), пацієнт↔лікар. На сьогоднішній день переважна більшість приватних МЗ, та деякі державні МЗ мають в своєму арсеналі персоніфиковані інтернет-ресурси (ПІР).

Мета: Розкрити потенціал ПІР та проаналізувати їх можливості в функціонуванні в мережі медичних закладів.

Матеріали та методи: Пошук та аналіз статей за тематикою роботи проводився в базах даних Google Academy, PubMed, Web Of Knowledge, та ряду інших з використанням таких ключових слів, як «персоніфиковані інтернет-ресурси», «візитна карта медичного закладу», «медичні заклади», «медичні послуги», «інформаційні технології», «мережа інтернет».

Результати: Базові затрати на створення, та подальше функціонування ПІР не значні, а в деяких випадках на ряді платформах для створення ПІР взагалі можуть бути безкоштовними. Перед створенням ПІР слід окреслити мету його функціонування, а також його можливості надання МП.

ПІР можуть бути: 1) інформаційними, коли надають інформацію про місце знаходження МЗ, графік роботи медичного персоналу, тощо 2) аналітичними, коли можна отримати інформацію щодо показників зайнятості стаціонарних ліжок, летальності в даному МЗ, скерування пацієнтів в інший МЗ, тощо, 3) консультативними в умовах реального часу: коли пацієнт може отримати МП за допомогою ЦІФ, 4) навчальними, коли пацієнт може віднайти рекомендації щодо його хвороби: он-лайн школа навчання пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, їх способу життя, чи професійне вдосконалення лікарів чи студентів, тощо, 5) обмінна: обмін інформацією з іншими МЗ, єдиний реєстр пацієнтів, цифрова медична інформація, тощо, 6) правова: накази МОЗ, Конституція України, внутрішніми документами МЗ, тощо, коли пацієнт і лікар та МЗ інформовані щодо своїх прав. Особливу увагу заслуговує розділ відгуків, в якому пацієнти можуть залишати свої побажання, скарги, пропозиції, що може скласти неупереджене бачення про функціонування МЗ.

Висновки: Отже, ПІР мають великі перспективи розширення та покращення якості надання МП на ланках пацієнт↔МЗ, пацієнт↔лікар, лікар↔МЗ, МЗ↔МЗ. В умовах впровадження страхової медицини, коли буде боротьба за кожного пацієнта, візитна карта медичного закладу – ПІР, може бути додатковим фактором вибору саме цього МЗ та лікаря, що буде надавати МП.

ВАРИАНТЫ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Суставно-костно-мышечный синдром встречается у 50-100% больных системной склеродермией (ССД) и имеет важное диагностическое значение. Важен суставной синдром также в ранней диагностике заболевания, поскольку является одним из начальных признаков ССД, уступающим по частоте лишь синдрому Рейно. Выраженность суставного синдрома варьирует от кратковременных полиартралгий до тяжелых артропатий с развитием деформации суставов, контрактур и анкилозов, приводящих к резкому нарушению функции суставов и инвалидности больных.

При ССД возможны следующие варианты поражения суставов: 1) полиартралгии; 2) склеродермический (ревматоидоподобный) полиартрит; 3) псевдоартрит (периартрит), характеризующийся развитием деформации суставов вследствие фиброзно-склеротических изменений периартикулярных тканей без рентгенологических признаков поражения собственно суставов.

Полиартралгии могут быть изолированным проявлением суставного синдрома заболевания, нередко являясь единственным признаком на всем протяжении болезни. Обычно же полиартралгиями сопровождаются полиартрит и псевдоартрит. Боли в суставах различны по интенсивности и продолжительности. Обычно они упорные, симметричные, с локализацией в суставах кистей и в крупных суставах. Нередко полиартралгии сопровождаются утренней скованностью, тугоподвижностью суставов и болевыми контрактурами.

Склеродермический полиартрит сходен по клинической картине с ревматоидным артритом, что и объясняет частые диагностические ошибки при дебютировании ССД суставным синдромом. Он сопровождается упорным болевым синдромом, усиливающимся при движении, в той или иной степени выраженной скованностью, ограничением объема движений в суставах и развитием стойких сгибательных (реже разгибательных) контрактур и анкилозов.

Псевдоартрит чаще протекает с болевым синдромом, но может встречаться и его безболевым вариант.

Для поражения костей при ССД типично развитие остеопороза и остеолита, являющихся прежде всего следствием сосудисто-трофических нарушений. Знание возможных вариантов склеродермического поражения суставов будет способствовать своевременному установлению правильного диагноза и раннему назначению адекватной терапии, в том числе в раннем периоде ССД, что позволит улучшить течение заболевания и дальнейший прогноз.

ДЕБЮТНЫЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Диагностика системной склеродермии (ССД) – тяжелого системного заболевания, особенно в раннем периоде, до настоящего времени представляет для врачей значительные трудности, о чем свидетельствует частота диагностических ошибок. Как свидетельствуют наши многолетние (в течение 45 лет) клинические наблюдения на большой группе больных (более 500) с достоверной ССД, правильный диагноз при первичном обращении больных к врачу был установлен лишь у 3% пациентов, у которых начальным признаком было поражение кожи, по поводу чего они обратились к дерматологу. Одной из причин диагностических ошибок является недостаточное знание врачами клиники и диагностических критериев ССД и других ревматических болезней.

Основу ранней диагностики ССД составляют знание и выявление начальных признаков заболевания, а также своевременное установление системности поражения. Необходимо помнить, что наиболее частые дебютные проявления ССД – синдром Рейно и артропатии в виде полиартралгий или полиартрита. Среди наблюдаемых нами больных ССД дебютировала вазоспастическими нарушениями в 53% случаев, артропатиями – в 23%, поражением кожи – в 17%, изолированными висцеропатиями – в 3%, сочетанными поражениями – в 4%.

Следует отметить, что синдром Рейно может предшествовать проявлению других признаков ССД за несколько месяцев или лет, иногда десятков лет (в наших наблюдениях у 12 пациентов синдром Рейно был единственным признаком на протяжении 15-21 года).

Поражение суставов, как первое проявление ССД, может выражаться полиартралгиями, утренней скованностью, развитием полиартрита.

Третье место по частоте начальных признаков ССД занимает характерное поражение кожи. У 7 наблюдаемых нами больных заболевание дебютировало очаговым поражением кожи.

Из висцеропатий, развившихся в дебюте ССД, чаще наблюдаются поражение легких, сердца, пищеварительного тракта.

При проведении диагностики необходимо также помнить, что начальные признаки ССД обычно достаточно выражены и отличаются стойкостью. Часто уже в первые месяцы болезни проявляется системность поражения и почти у половины больных развиваются висцеропатии.

Знание и выявление начальных признаков ССД, а также признаков системности поражения позволят своевременно установить правильный диагноз и назначить рациональную терапию, что во многом предопределяет характер течения ССД, тяжесть поражения органов и систем и дальнейший прогноз.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВАСКУЛИТА

Гуйда П. П.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Эозинофильный гранулематозный васкулит (ЭГВ) – системное воспалительное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением легочных сосудов различного размера с формированием гранулем в их стенках и периваскулярно, эозинофильными инфильтратами и эозинофилией, частым развитием бронхиальной астмы.

В этиологии заболевания предполагается роль лекарственной аллергии и других факторов, способствующих развитию истинной аллергии, повышению содержания иммуноглобулина Е и эозинофилии. В патогенезе отмечается сочетание иммунокомплексных процессов и собственно воспалительных, обуславливающих своеобразие клинико-патологического симптомокомплекса болезни.

ЭГВ может развиваться внезапно или исподволь. Наблюдается поражение легких по типу астматического бронхита с характерным свистящим дыханием, множественными сухими хрипами при аускультации, эозинофильными мигрирующими инфильтратами в легких. В дальнейшем развиваются признаки системности поражения с вовлечением в процесс кожи (пурпура, узелки) и нервной системы (мононевриты). Часто поражается сердце с развитием перикардита с эозинофильными гранулемами в перикарде, эндотелиального фиброза. Почти у половины больных отмечается повышение артериального давления. Реже наблюдается поражение почек и центральной нервной системы.

В лабораторных исследованиях выявляются лейкоцитоз, эозинофилия (30-85%), увеличение СОЭ, диспротеинемия, положительные острофазовые показатели, повышение содержания иммуноглобулина Е.

Диагноз ЭГВ базируется на характерных клинико-рентгенологических признаках и лабораторных данных (эозинофилия, повышенное содержание иммуноглобулина Е). Рекомендуется проведение динамического рентгенологического исследования органов грудной клетки в течение нескольких недель и месяцев для выявления летучих эозинофильных инфильтратов.

Для лечения заболевания используются глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры, нестероидные противовоспалительные препараты, аминохинолиновые производные, бронхолитики, сосудорасширяющие средства. Возможно применение дезагрегантов и антикоагулянтов.

Знание характерных клинических, лабораторных и рентгенологических признаков ЭГВ позволит своевременно установить правильный диагноз и назначить адекватную терапию.

АНТАГОНІСТИ АЛЬДОСТЕРОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Гулага О. І., Тащук В. К., Полянська О. С., Вовчок Т. С.,
Шевчук В. А., Анфілофієва В. В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з гострою серцевою недостатністю (ГСН) часто призводить до зростання смертності та захворюваності. Метою нашого дослідження було виявлення маркерів прогресування СН за нейрогуморальними показниками та протеолітичною активністю плазми у хворих на ГІМ з ГСН. Клінічний матеріал склав 121 хворий, де середній вік склав $51,5 \pm 3,94$ роки. У всіх хворих діагностовано ГІМ з ГСН за Killip I-II. Досліджували рівень передсердного натрійуретичного пептиду (ПНУП) та процеси протеолітичної активності за азоколагеном. Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: до першої групи відносились пацієнти, що отримували терапію, що включала спіронолактон, до другої – хворі, яким окрім основної терапії, було додано еплеренон в дозі 25 мг впродовж 10 днів.

Результати проведеного дослідження вказують, що до проведеного лікування рівень ПНУП був в 2,02 рази вищим, ніж у контролі ($28,62 \pm 8,35$ проти $57,87 \pm 9,95$ пг/мл; $p < 0,001$). Після проведеного лікування рівень ПНУП зменшувався, більше у другій групі (I група - з $56,97 \pm 8,42$ до $45,20 \pm 9,21$ пг/мл; $p < 0,001$, II група – з $58,77 \pm 11,48$ до $30,68 \pm 5,30$ пг/мл; $p < 0,001$). До лікування лізис за азоколагеном був майже в 1,5 рази нижчим, ніж у контролі ($0,0097 \pm 0,0013$ та $0,0096 \pm 0,0017$ Е440/мл/год проти $0,03 \pm 0,001$ Е440/мл/год; $p < 0,01$). Після проведеного лікування протеоліз за азоколагеном в обох досліджуваних групах суттєво зростав ($0,019 \pm 0,0024$ проти $0,041 \pm 0,0060$ Е440/мл/год; $p < 0,01$), однак більш виражено у другій групі, у лікування якої було включено еплеренон. Активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, що виникає внаслідок ГІМ, призводить до каскадної реакції наростання концентрації нейрогуморальних месенджерів. Надмірний синтез альдостерону через затримку нирками натрію та води призводить до збільшення об'єму циркулюючої крові, зменшення серцевого викиду та прогресування СН. Ініціація альдостероном синтезу ПНУП, який має протилежну біологічну дію, призводить до нейрогуморального дисбалансу, порушень регуляції різних органів і систем.

Отже, включення в комплексне лікування хворих на ГІМ з ГСН еплеренону призводить до нормалізації нейрогуморального балансу та процесів протеолітичної активності плазми крові, що впливає на процеси ремоделювання лівого шлуночка та клінічні прояви СН. Показники рівня натрійуретичного пептиду та протеолітичної активності за азоколагеном можна використовувати як маркери прогресування серцевої недостатності та можливості формування адекватної сполучної тканини в ураженому міокарді.

КТ-СЕМІОТИКА У ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ З УРАЖЕННЯМ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНЬ

Гуменюк Г. Л.

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

У даний час комп'ютерна томографія (КТ) за результатом морфологічної діагностики патологічних змін у легенях успішно конкурує з патогістологічними методами. У зв'язку з цим значно звужені і показання для проведення біопсії легені і медіастинальних лімфовузлів при багатьох інтерстиціальних захворюваннях легень. У літературі описані КТ-патерни саркоїдозного ураження паренхіми легень (Тюрин И. Е., 2010; Veltkamp M., Grutters J. C., 2014), разом із тим відсутні відомості про частоту класичних і атипичних ознак саркоїдозу при різних стадіях захворювання, не розроблений алгоритм променевої діагностики саркоїдозу.

Мета дослідження – вивчити клінічні прояви та КТ-семіотику у хворих на саркоїдоз з ураженням паренхіми легень.

Матеріал і методи. Рентгенографію органів (РГ) грудної порожнини проводили на апараті "Bucky Diagnost" (Philips), КТ – на сканері Aquilion TSX-101A (Toshiba). Проведено вивчення клінічної семіотики саркоїдозу з ураженням паренхіми легень у 146 хворих – 69 (47,3 %) чоловіків і 77 (52,7 %) жінок у віці від 20 до 67 років ($39,8 \pm 0,9$). II стадія захворювання була діагностована у 134 (91,8 %) хворих, III стадія – у 12 (8,2 %).

Результати. Клінічні прояви захворювання спостерігалися у 113 хворих (77,4 %), в 33 випадках (22,6 %) діагноз був встановлений на підставі даних рентгенологічного обстеження. Синдром Лефгрена спостерігався у 8 пацієнтів (5,5 %). На відміну від клінічних проявів, КТ-семіотика включає високо-специфічні симптоми: двобічна прикоренева лімфаденопатія (ЛА), типова медіастинальна ЛА – збільшення нижніх паратрахеальних лімфатичних вузлів справа, субкарінальних і аорто-пульмональних; ретикуло-вузликовий патерн, перилімфатичний розподіл вузликів (уздовж бронхо-судинних пучків, субплеврально, в міждолькових перетинках), ураження паренхіми переважно у верхніх і середніх зонах. Найбільш часто спостерігалися двобічна прикоренева ЛА (91,1 %) і ретикуло-вузликовий патерн змін (90,4 %). Класичні ознаки в різному поєднанні були присутні і дозволяли впевнено встановити діагноз у 97,2 % хворих. Частота атипичних ознак коливалася від 0,7 % (однобічна прикоренева ЛА) до 36,5 % («cluster»-симптом). Атипичні ознаки в більшості випадків поєднувалися з класичними змінами, і тільки у 4 (2,7 %) пацієнтів не типові КТ-симптоми були єдиним проявом захворювання і вимагали верифікації діагнозу за допомогою трансbronхіальної або хірургічної біопсії легені.

Висновки. КТ органів грудної порожнини є надійним методом в діагностиці саркоїдозу органів дихання.

МЕТОД КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЧНОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ ЛЕГЕНЬ В АЛГОРИТМІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ З УРАЖЕННЯМ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНЬ

Гуменюк Г. Л.

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

Однією з найбільш важливих проблем ведення хворих на саркоїдоз органів дихання (СОД) з ураженням паренхіми легень є недостатня ефективність лікування і висока частота незадовільних результатів терапії.

Мета – вивчити роль методу комп'ютерної денситометрії легень для правильного вибору тактики та оцінки ефективності лікування хворих на саркоїдоз з ураженням паренхіми легень.

Матеріал і методи. Обстежено 32 хворих із вперше виявленим СОД II стадії без клінічних проявів і порушень ФЗД – 1-а група. 2-у групу склали 32 хворих із вперше виявленим СОД II стадії, які мають показання до проведення ГКС-терапії (респіраторні симптоми у поєднанні з порушеннями легеневої вентиляції). Пацієнтам був призначений метилпреднізолон у добовій дозі 0,4 мг/кг маси тіла протягом 4 тижнів з наступним зниженням дози до 0,2 мг/кг до кінця 3-го місяця. Комп'ютерну томографію (КТ) грудної порожнини проводили на апараті Aquilion TSX-101A (Toshiba). Оцінку динаміки процесу в ході лікування при проведенні КТ здійснювали з використанням програми К-Rads шляхом одночасного аналізу 2-х серій зображень, отриманих на 1-му візиті хворого (V1) і після проведеної терапії на 2-ому візиті (V2) підбирали ідентичний зріз. З метою об'єктивізації оцінки даних використовували метод комп'ютерної денситометрії легень. Щільність тканин визначали в одиницях (HU) за шкалою Хаунсфілда, вона дозволяє зіставляти коефіцієнти поглинання рентгівського випромінювання тканин з поглинаючою здатністю води, яка прийнята за «0». Нижня межа шкали відповідає ослабленню рентгівських променів при проходженні їх у повітрі (-1000 HU), верхня – послаблення у кістках (+1000 HU). Щільність паренхіми зменшується, якщо показник денситометрії прагне до -1000 HU.

Результати. В обох групах хворих на V1 була достовірно підвищена щільність паренхіми легень. У 1-й групі через 3 міс. спостереження (V2) відзначалася тенденція до підвищення прозорості паренхіми. У 2-й групі спостерігалася достовірне зменшення щільності паренхіми, що є об'єктивним підтвердженням результатів візуальної оцінки динаміки процесу, що свідчать про високу ефективність проведеної ГКС-терапії.

Висновки. Денситометрія паренхіми легень є додатковим об'єктивним методом оцінки даних КТ, дозволяє більш точно визначити такі варіанти перебігу саркоїдозу, як регресія, стабілізація і прогресування, що відіграє важливу роль для правильного вибору тактики та оцінки ефективності лікування хворих.

КИШКОВИЙ МІКРОБІОМ І СПК: ЧИ Є ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК?

Гуцько Г. В., Ситник К. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

До теперішнього часу залишається не до кінця розкритим взаємозв'язок між порушенням складу мікрофлори кишечника і виникненням клінічних симптомів у хворих з синдромом подразненого кишечника (СПК). У даний час більшість досліджень в цьому напрямку були присвячені вивченню мікробіома кишечника. Згідно з даних проведених досліджень отримані суперечливі результати.

Мета роботи: огляд клінічних досліджень, присвячених ролі мікрофлори кишечника в розвитку СПК і їх взаємозв'язку з появами клінічних симптомів.

Результати. У даний час одними з найбільш поширених тестів у вивченні мікробіома кишечника є бактеріологічні методики, а також водневі дихальні тести. За результатами досліджень, стало відомо, що для хворих з СПК є характерним збільшення числа Firmicutes, переважно Clostridium і Ruminococcaceae поряд зі зниженням кількості представників роду Bacteroidetes (Salonen A, de Vos WM, Jeffery IB, Rajilić-Stojanović M et al.). До теперішнього часу залишаються не розкритими питання взаємозв'язку порушень мікробіоти кишечника з виникненням клінічних проявів у даної категорії хворих. В роботі Julien Tap et al. при використанні класичних методів вивчення складу фекальної мікрофлори та слизової оболонки кишечника, не було виявлено достовірних відмінностей в мікробному складі між здоровими індивідами та пацієнтами з СПК. Однак проведений в подальшому аналіз нуклеотидних послідовностей 16s rRNA генів у хворих з СПК дозволили виділити до 90 бактеріальних таксономічних одиниць. При співставленні мікробного складу і тяжкості перебігу СПК, стало відомо, що для хворих з важким перебігом СПК характерний бідніший мікробний склад в порівнянні з протіканням легкого та середнього ступеня тяжкості. Так для хворих з вираженою симптоматикою СПК, було характерно зниження вмісту Methanobacteriales і Prevotella enterotype. Дослідниками була виявлена залежність між вмістом Prevotella enterotype, кількість яких достовірно знижувалася в міру посилення тяжкості симптомів, і збільшенням кількості Bacteroides enterotype.

Висновки: Для хворих з СПК характерним є порушення мікробного рівноваги кишкової мікрофлори, яке проявляється збільшенням кількості Bacteroides enterotype, і зниженням змісту Methanobacteriales і Prevotella enterotype. Виявлені зміни мікробіоти асоційовані з тяжкістю перебігу СПК.

ПАРАЗИТОЗИ ТА АРАХНОЕНТОМОЗИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ

Гушук І. В., *Сафонов Р. В., *Бялковський О. В., *Драб Р. Р.

Науково-дослідний центр «Екології людини та охорони громадського здоров'я» Національного університету «Острозька академія», м. Острог,

**Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр
Міністерства охорони здоров'я України», м. Рівне, Україна*

В умовах реформування медицини збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя людини є однією з найважливіших цілей медичної та світової спільнот. Причинами критичної ситуації, яка склалася зі станом здоров'я населення є соціально-економічна криза, екологічна ситуація, міграція населення, часті стреси та нервові напруження. Суттєво на погіршення, в тому числі і психічного здоров'я населення впливають паразитози та арахноентомози, які є новими у нашій державі та області, зокрема дирофіляріоз.

Дирофіляріоз – гельмінтоз, викликається паразитування нитчастого гельмінта, який передається людині від домашніх (собак, кішок) та диких тварин обов'язково через укуси кровосисних членистоногих – всіх видів комарів, мошок, гедзів. Безпосередньо від собак і кішок паразитоз людині не передається. В Рівненській області підшкірний дирофіляріоз серед людей реєструється щорічно з 2005 року. За цей час зареєстровано 30 випадків даного захворювання, в тому числі 27 — місцевого зараження. Джерело зараження у всіх випадках не виявлене.

Патогенез даного паразитарного захворювання складається з різноманітного впливу і дорослого гельмінта і його личинкових стадій (мікрофілярій) на організм кінцевого господаря – людини. Окрім прямої токсичної дії, міграція гельмінтів і мікрофілярій, яка спостерігається у 40% хворих і може тривати до 2-х років, відчуття повзання під шкірою невідомої живої істоти, свербіж, пухлини, що з'являються щоразу в інших місцях, викликають у хворого нав'язливі невротичні стани. При паразитування гельмінта в оці (кон'юнктива, склера) пацієнт бачить паразита при спогляданні себе в дзеркало, при цьому гельмінт може продовжувати свій рух. Після хірургічного видалення дирофілярій, коректного лікування хворих, панічні стани залишаються у них надовго, переростаючи у затяжні неврози.

За кожним випадком дирофіляріозу в області проводиться комплексне епідеміологічне та ветеринарне обстеження за місцем проживання та роботи хворого, що дозволяє ефективно прогнозувати та розрахувати ризики і тенденції розвитку епізоотичної і ендемічної ситуації з даної інвазії. Однак для недопущення виникнення нервових зривів або інших психічних дисфункцій у таких хворих їм пропонується психологічна, а інколи й психіатрична допомога для забезпечення збереження їх здоров'я як найвищої соціальної цінності.

МЕТОД ДИСПЕРСНОГО КАРТУВАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Данченко О. П.

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Україна*

Серед неінвазивних, доступних для широкої клінічної практики методів діагностики серцево-судинних захворювань, метод дисперсного картування ЕКГ має хороші показники щодо чутливості до метаболічних змін в міокарді будь-якого генезу. Тому характеристики низькоамплітудних коливань кардіоциклу можна застосовувати в якості ефективних діагностичних маркерів структурної перебудови міокарду.

Мета дослідження: оцінити діагностичні можливості методу дисперсного картування ЕКГ у виявленні гіпертрофії лівого шлуночка і електрофізіологічного ремоделювання у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріали і методи: обстежено 28 пацієнтів з різним ступенем АГ, верифікованим за результатами комплексного клініко-лабораторного обстеження, ЕКГ, Ехо-КГ (1-я група). Середній вік хворих склав $52,6 \pm 2,8$ років, систолічний тиск - $135,5 \pm 3,2$ мм рт. ст. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Дисперсне картування ЕКГ проводили за допомогою комп'ютерного скринінг аналізатора «Кардіовізор-06С» і пакету прикладних програми за стандартною методикою. В дослідження не включали хворих із порушенням ритму і провідності, кардіостимулятором, симптоматичною АГ, вадами серця.

Результати. За даними обстеження був виявлений позитивний кореляційний зв'язок між значеннями індексу «Міокард» і позначенням наявності початкових ознак гіпертрофії лівого шлуночка за текстовим висновком. За допомогою дисперсного картування ЕКГ отримана можливість оцінити ступінь вираженості і локалізацію електрофізіологічних порушень в міокарді передсердь і шлуночків у фази де- і реполяризації, ознак гіпертрофії шлуночків. Доклінічні порушення електрофізіологічних властивостей міокарда, що не виявлялися на стандартній ЕКГ оцінені на підставі індексу мікроальтернацій «Міокард». Діагностична чутливість дисперсного картування для виявлення початкових ознак гіпертрофії лівого шлуночка склала 46%, специфічність – 65%, діагностична ефективність дисперсного картування ЕКГ склала 55,5%.

Висновок. Таким чином, метод дисперсного картування ЕКГ є чутливим методом оцінки показників мікроальтернацій всього кардіоциклу в діагностиці початкової гіпертрофії лівого шлуночка, аналіз яких не доступний при використанні інших методів, що може використовуватися переважно при скринінгу для виділення осіб, які підлягають поглибленому обстеженню.

IMMUNE ASPECTS OF PULMONARY HYPERTENSION IN BRONCHIAL OBSTRUCTION

Dielievska V. Yu.

*The Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine*

Introduction. A lot of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) develop pulmonary hypertension (PH) while progression of the disease. Impairment of collagen type IV may contribute to PH and progression of right heart failure. Uncontrolled synthesis and accumulation of collagen in the extracellular space of the myocardium leads to the increased hardness and remodeling. The association of antibodies to type IV collagen with PH remains unclear in COPD.

The aim of the study was to reveal whether autoantibodies to collagen type IV are associated with right heart remodeling and PH in chronic obstructive pulmonary disease.

Materials and methods: A total of 42 patients with COPD of B and C groups were included in the study. The diagnosis of COPD was established on the basis of clinical symptoms, modified Medical Research Council Dyspnea Scale, COPD Assessment Tool and spirometry. The patients had echocardiography and measurement of plasma autoantibodies to type IV collagen. Plasma concentrations of autoantibodies to IV type collagen were measured by enzyme-linked immunosorbent assay method with use of antibody-coated microwell plate kit.

Results. The patients with COPD showed statistically significant higher levels of plasma autoantibodies to type IV collagen in comparison to healthy controls ($8,45 \pm 0,12$ vs. $5,53 \pm 0,1$) ($p < 0,05$). The patients with COPD and PH had higher values of antibodies to type IV collagen as compared to the patients without PH ($9,81 \pm 0,17$ and $7,64 \pm 0,10$, respectively) ($p < 0,05$). The analysis of echocardiographic parameters of the right heart showed direct correlation between type IV collagen antibodies and the right atrium diameter ($r = 0,60$), right ventricle diameter ($r = 0,54$) and pulmonary artery pressure ($r = 0,51$) ($p < 0,05$).

Thus, the processes of the right heart dilation and presence of PH in COPD are associated with high levels of antibodies to type IV collagen, which may indicate their damaging effect on the metabolism of connective tissue in the heart. This is consistent with data of Matache C. et al., who showed the association of increased antibodies to type IV collagen with dilation of the heart chambers in idiopathic dilated cardiomyopathy.

Conclusions. Association of type IV collagen antibodies with right heart dilation and pulmonary hypertension in COPD indicate of their pathogenetic role in the development of myocardial dysfunction and may be used in the diagnostics, controlling the course and prognosis of the right heart remodeling and PH in COPD.

THE ROLE OF AUTOIMMUNE ANTIBODIES TO TYPE IV COLLAGEN IN ARTERIAL HYPERTENSION

Dielievska V. Yu., Kravchun P. G.

*The Kharkiv National Medical University,
department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology,
Kharkiv, Ukraine*

The aim of the investigation: to reveal the pathogenetic role of autoantibodies to type IV collagen in arterial hypertension (AH).

Materials and methods. 40 patients with II stage of AH (group 1) and 34 patients with III stage of AH were included in the study (group 2). The patients were examined by echocardiography. Detection of autoantibodies to type IV collagen was performed by enzyme-linked immunosorbent assay with use of antibody coated microwell plate.

Results. The patients with AH had higher levels of autoantibodies to type IV collagen in comparison to the healthy volunteers ($7,6 \pm 0,10$ vs. $5,53 \pm 0,10$ mcg/ml) ($p < 0,05$). While progression of AH from the II to III stages an increase of autoantibodies to type IV collagen on 28,2 % was observed ($p < 0,05$). Correlation analysis revealed that autoantibodies to the type IV collagen were associated with dilation of the left chambers of the heart and its decreased contractility. Autoantibodies to type IV collagen significantly correlated with end systolic diameter of the left ventricle ($r = 0,50$), end diastolic diameter of the left ventricle ($r = 0,41$), end systolic volume of the left ventricle ($r = 0,51$), end diastolic volume of the left ventricle ($r = 0,52$), left atrium diameter ($r = 0,40$) and ejection fraction of the left ventricle ($r = -0,30$) ($p < 0,05$).

Conclusions. The study revealed the strong relationship between increased autoantibodies to type IV collagen and progression of arterial hypertension.

ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ ЙОГО РОЗВИТКУ

Дельва Ю. В., Сандурська Я. В., Дрогомерецька О. І., Штефюк Т. І., Федорович Х. М.

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

ВООЗ віднесла остеопороз (ОП) до десяти найбільш загрозливих до здоров'я хронічних захворювань.

Традиційно при лікуванні системних захворювань сполучної тканини (СЗСТ) для зниження ступеня активності розвитку хвороби застосовуються глюкокортикостероїди (ГКС), причому часто їх вживають невизначено тривало; отже, отримані цими хворими сумарні дози ГКС дуже значні і це провокує різноманітні побічні ефекти. Відомо, що жінки у порівнянні із чоловіками, частіше хворіють на СЗСТ та в більшій мірі, ніж чоловіки, схильні до розвитку ОП (особливо це стосується жінок постмено-паузального віку з низькою загальною масою тіла). Під нашим спостереженням було 28 жінок із СЗСТ (21 – з ревматоїдним артритом, 5 – з системним червоним вовчаком, 2 – з поліміозитом), які проходили стаціонарне лікування в ревматологічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ і які понад рік систематично вживали ГК в дозах 16 - 40 мг медролу на добу.

Середній показник індекса Кеттле (ІК) в групі обстежених був – $16,2 \pm 2,4$. Всі обстежені були поділені на дві групи: перша -жінки із нормальною або підвищеною масою тіла (11 жінок; ІК понад $18,5 \text{ кг/м}^2$; середній показник - $19,8 \pm 4,8$) та друга -жінки із низькою масою тіла (17 жінок; ІК - 16 кг/м^2 ; середній показник – $14,5 \pm 3,1$). Рентгенденситометрія проводилась на апараті Challengier за показниками щільності люмбальних хребців. Аналіз отриманих даних показав, що мінеральна щільність кісток була пониженою у 7 з 11 жінок 1-ої групи (дефіцит кісткової маси в середньому $34, 8 \pm 6,5 \%$) та у всіх 17 жінок 2-ої групи (відповідний показник склав $52, 6 \pm 7, 6 \%$). Ступінь вираженості ОП змін залежала від віку і була вираженішою у жінок старших за 55 років, корелювала із тривалістю лікування ГКС та дозами цих препаратів. ОП був відчутно більш вираженим у жінок 2 групи. Серед хворих 1-ої групи протиостеопоротичне лікування (бісфосфонати в загальнорекомендованому режимі застосування) отримували 2 жінки із 7 (28,5 %), із хворих 2-ої групи 10 із 17 (59,4 %).

Отже жінки із низькою масою тіла, які хворіють на СЗСТ і отримують тривале лікування ГКС знаходяться в особливо високій зоні ризику щодо розвитку ОП, бо вони під дією п'яти факторів його формування: системної хвороби на її маніфестній стадії, власних антропометричних даних (низька маса тіла), низької фізичної активності, вікових інволютивних змін кісток та остеопоротичного ефекту від застосування ГКС та цитостатиків. Отже, при лікуванні цієї категорії хворих необхідно ще на ранніх етапах лікування передбачати в них прогрес ОП і призначати профілактичне лікування, що в значній мірі гальмуватиме ОП у цих хворих.

BLOOD PRESSURE PROFILE, LEFT VENTRICLE REMODELING AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND COPD

Demikhova N., Vynnychenko L., Kosub D., Logvynyuk A. (student)

Sumy State University, Sumy, Ukraine

Chronic overload of the left ventricle (LV) in hypertension leads to structural and morphological reorganization of the myocardium, which combines the concept of "remodeling", which is characterized by the presence of hypertrophy, dilatation and changes in the geometry of the heart cavities, and ultrastructure of myocardium, which is remodeling of the myocardium and the integral substrate that determine the occurrence and progression of heart failure.

Objective. To evaluate the relationship of endothelial dysfunction with blood pressure (BP) daily profile and type of LV remodeling in hypertensive patients with COPD.

Results. Analysis of vasomotor function in patients with BP profiles showed that the diameter of the brachial artery was the greatest in patients with profile type night-peaker, and was 4.25(3.80;5.00), followed by patients with non-dipper – 4.20(3.70;4.60), dipper – 4.10(3.50;4.65) mm Hg, reduced and most patients over-dipper, while the velocity of the blood was reduced in patients with night-peaker – 0.60(0.53;0.84) m/s. Vasodilatory reaction during decompression was the least pronounced in night-peaker patients - 5.47 (3.04;11.72)% ($p<0.00014$), in non-dipper patients - 11.63 (7.76;18.92)%, dipper – 8.94 (7.04;15.46)%, over-dipper – 7.24 (5.82;13.32)%. Vasodilatory response to nitroglycerin was preserved in most patients with non-dipper, accounting for 16.6(10.52;25.00)%, night-peaker – 13.67(8.01;20.24)%, over-dipper – 11.72(7.54;17.08)%, and decreased in dipper – 9.97(7.04;15.46)%. Evaluation of correlation of endothelial dysfunction and indices of LV structural and functional properties showed that there is an inverse correlation between endothelial dysfunction in the form of reduced vasodilatory effects on diagnostic tests and concentric hypertrophy ($r=-0.32$, $p=0.001$), type of BP non-dipper ($r=-0.27$, $p=0.009$), degree of night reduction in diastolic BP ($r=-0.25$, $p=0.014$), systolic index ($r=-0.25$, $p=0.016$), performance dilatation of brachial artery with nitroglycerin ($r=-0.24$, $p=0.017$), normal LV geometry ($r=-0.22$, $p=0.026$), the type of dipper ($r=-0.22$, $p=0.032$), degree of night reduction in systolic BP ($r=-0.22$, $p=0.030$), speed E ($r=-0.21$, $p=0.037$). Direct correlation was between of endothelial dysfunction degree and diastolic dysfunction degree ($r=0.37$, $p=0.00038$), concentric remodeling ($r=0.25$, 0.23), excentric hypertrophy ($p=0.015$; $p=0.02$), restrictive type of diastolic dysfunction ($r=0.25$, $p=0.026$), normal LV geometry ($r=0.21$, $p=0.036$), type of night-peaker ($r=0.23$, $p=0.026$), LV systolic dysfunction ($r=0.21$, $p=0.036$).

Conclusion. Endothelial dysfunction is a factor of correlation with LV myocardial remodeling by concentric type, and with the change of BP circadian rhythm as night-peaker in hypertensive patients with COPD.

ЗВ'ЯЗОК СТАНУ МІОКАРДУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ З ПОРУШЕННЯМИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ

**Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Якименко Ю. С.,
Мазій В. В., Грідасова Л. М.**

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

Формування діабетичної нефропатії (ДН) у хворих на цукровий діабет призводить до уражень нирок, активації пресорних компонентів ренін-ангіотензинової системи і прогресуванню артеріальної гіпертензії з ураженням серцево-судинної системи.

Мета - встановити взаємозв'язок між змінами серцевої гемодинаміки та порушеннями фосфорно-кальцієвого обміну і вмісту FGF 23.

Обстежено хворих на ДН I-III ст. 260 осіб (III група), хворих на гіпертонічну хворобу – 64 особи (II група – група порівняння), групу контролю склали 20 здорових осіб.

Концентрація кальцію та фосфору в сироватці крові вивчалась з використанням набору реагентів фірми Corma (Польща). Серцева гемодинаміка вивчалась методом кількісної ехокардіографії із розрахунками параметрів кардіогемодинаміки за Teicholz L. Концентрацію С-термінала FGF 23 у сироватці крові визначали імуноферментним методом за допомогою стандартних планшетів фірми Biomedica (Австрія).

Встановлено, що між станом міокарду, серцевою гемодинамікою та активністю системи FGF23/фосфорно-кальцієвий обмін, особливо FGF23, існує тісний взаємозв'язок, який не опосередковується через ренін-ангіотензин-альдостеронову систему (РААС), на що вказує одночасно існуючий кореляційний зв'язок як з РААС-залежними так із РААС-незалежними показниками. Частково вплив системи FGF23/фосфорно-кальцієвий обмін може реалізовуватися через специфічний рецепторний апарат міокарду та через імунозапальні механізми. Проте, конкретні механізми впливу системи FGF23/фосфорно-кальцієвий обмін на анатомічні та функціональні зміни міокарду потребують подальшого вивчення.

Отже, на нашу думку FGF23 є незалежним предиктором прогресування гіпертрофії лівого шлуночка та розвитку серцевої недостатності у хворих на ДН, оскільки просліджується його постійне наростання при прогресуванні ДН. Що стосується фосфору, та на нашу думку, враховуючи кореляційні залежності, показник можна використовувати в якості критерію розвитку серцево-судинних ускладнень ДН, особливо прогресування серцевої недостатності.

**СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ І
ФЕРМЕНТНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ У ХВОРИХ
ІЗ ГОСТРИМ ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ НИЖНІХ
ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**

**Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., *Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б.,
*Кучменко О. Б., *Євстратова І. Н., Недлінська Н. М.,
Денисова О. В., Ячник В. А.**

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

**ДУ «НЦЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска» НАМН України»,
м. Київ, Україна*

З метою визначення рівня інтенсивності вільнорадикальних окислювальних процесів і стану ферментних антиоксидантних систем у хворих із гострим запальним процесом нижніх дихальних шляхів обстежено 20 хворих із загостренням хронічного бронхіту (ХБ). Для характеристики інтенсивності процесів вільнорадикального окислення в сироватці крові визначали вміст кінцевих продуктів перекисного окислення ліпідів та продуктів вільнорадикального окислення білків. Оцінювали також активність ферментів мієлопероксидази, супероксиддисмутази та каталази. Біохімічне обстеження проводили до початку, та на 10-у добу лікування. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

За результатами проведених біохімічних досліджень встановили, що до лікування у пацієнтів із загостренням ХБ відбувається інтенсифікація вільнорадикальних окислювальних реакцій та зменшення активності ферментів антиоксидантного захисту, що може призводити до розвитку оксидативного стресу. На це вказує вірогідне зростання вмісту в крові пацієнтів кінцевих продуктів перекисного окислювання ліпідів – в середньому на 18,0–21,0 %, продуктів вільнорадикального окислення білків на 80,0–86,0 %, а також величини індексу перекисної модифікації ліпопротеїнів низької і дуже низької густини в середньому на 65,0–67,0 % порівняно з показниками контрольної групи. Вільнорадикальна модифікація білків системи гемостазу та фібринолізу є можливою причиною змін гемореологічних властивостей крові пацієнтів із загостренням ХБ. Окрім того, отримані дані свідчать про підвищення атерогенного потенціалу крові у зв'язку зі значним зростанням індексу перекисної модифікації атерогенних ліпопротеїнів.

Таким чином, рівень інтенсивності вільнорадикальних окислювальних процесів і стан ферментних антиоксидантних систем у хворих із загостренням ХБ не тільки відображає інтенсивність запального процесу в бронхах, але й потребує корекції лікування за допомогою патогенетичної терапії.

**ВИКОРИСТАННЯ L-АРГІНІНУ АСПАРТАТУ
У ПАТОГЕНЕТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ГОСТРИМ
ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**

**Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., *Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б.,
*Кучменко О. Б., *Євстратова І. Н., Недлінська Н. М.,
Ячник В. А., Денисова О. В.**

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

*²ДУ «НЦЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»,
м. Київ, Україна*

Для визначення доцільності та ефективності використання в комплексному лікуванні пацієнтів із гострим запальним процесом нижніх дихальних шляхів амінокислотного препарату L-аргініна аспартату обстежили та пролікували 20 пацієнтів із загостренням хронічного бронхіту (ХБ), в порівнянні з 10 практично здоровими особами (донорами). Пацієнти були розподілені на 2 групи порівняння: до групи 1 включили 10 пацієнтів, яким проводили комбіновану терапію (муколітичну в поєднанні з інгаляціями декаметоксину). До групи 2 включили 10 пацієнтів, яким до цієї терапії додатково призначали L-аргініна аспартат у дозі 5 мл (1 г) 4 рази на день перорально протягом 10 днів. Біохімічне обстеження проводили до початку та на 10-у добу лікування. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Проведене лікування призвело до нормалізації показників порівняно з такими до початку курсу лікування у пацієнтів із загостренням ХБ. Так, вміст кінцевих продуктів перекисного окислювання ліпідів і вільнорадикального окислення білків під впливом патогенетичної терапії є менший відповідно на 9,0 % і 53,0 % порівняно з їх значеннями до початку лікування. При цьому в бік нормалізації змінилися також величини активності мієлопероксидази, які, тим не менш, залишаються вірогідно вищими за контрольні величини відповідно на 129,0 %. Під впливом цього лікування значно змінилася активність антиоксидантних ферментів в бік нормалізації: активність каталази досягала майже контрольного рівня, залишаючись нижчою на 11,0 %, а активність супероксиддисмутази в кінці курсу лікування залишається зниженою на 14,0 % порівняно з контролем.

Результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що під впливом запропонованої патогенетичної терапії з використанням L-аргініну аспартату у пацієнтів із загостренням ХБ зменшується інтенсивність оксидативного стресу, що позитивно вплинуло на ефективність лікування – дозволило досягти швидкого терапевтичного ефекту, достовірно зменшити інтенсивність та тривалість (в середньому на 1–2 дні) проявів інтоксикації та катаральних явищ, зменшити на 2,4 дні тривалість загострення в цілому.

ЛОКАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Диденко В. И., Коненко И. С., Ягмур В. Б., Петишко О. П.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Цель: изучить ультразвуковые характеристики локальной жесткости артериальной стенки у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП).

Материалы и методы. Обследовано 39 пациентов с ХДЗП, распределенные в зависимости от этиологии на 2 группы. I группу составили 29 больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), II – с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС). В контрольную группу вошли 15 здоровых лиц. УЗ исследование проводилось на сканере ULTIMA PA (г. Харьков, Украина) линейным датчиков на частоте 5-12 МГц в дуплексном режиме. Жесткость артериальной стенки общих сонных артерий (ОСА) оценивали в режиме W-Track. Изучали состояние комплекса интима-медиа и жесткость стенки ОСА.

Результаты. По данным сонографической оценки локальной жесткости артериальной стенки установлены средние значения диаметра левой ОСА равные в I группе $(6,51 \pm 0,91)$ мм, во II группе – $(6,50 \pm 0,54)$ мм, а также правой ОСА – $(6,76 \pm 1,16)$ мм – у больных с НАЖБП и $(6,53 \pm 0,73)$ мм – у пациентов с ХГС, однако достоверных отличий у больных I и II групп не выявлено. Средние значения параметра, характеризующего жесткость артериальной стенки, а именно индекса аугментации, между группами существенно не отличались. Так, индекс аугментации левой ОСА у пациентов I группы составил $(2,77 \pm 1,36)$ %, II группы – $(1,94 \pm 2,83)$ %. При исследовании правой ОСА данный показатель был выше у больных с НАЖБП в 1,9 раза по сравнению с группой пациентов с ХГС, составляя, соответственно, $(1,73 \pm 1,01)$ % и $(0,93 \pm 2,78)$ %.

Вывод. По данными локальной жесткости артериальной стенки средние значения диаметров левой и правой ОСА не отличались между группами, однако индекс аугментации ОСА у пациентов с неалкогольной болезнью печени был в 1,5 раз выше, чем в группе больных с хроническим вирусным гепатитом С. Это позволяет рассматривать данный показатель как самостоятельный косвенный неинвазивный маркер прогрессирования НАЖБП и подтверждает повышенный риск метаболического поражения сосудов у данной категории пациентов.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Діденко В. І., Меланіч С. Л., Кленіна І. А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета: вивчити функціональний стан печінки (ФСП) у хворих зі стеатозом печінки (СП) в залежності від його етіології.

Матеріали і методи. Оцінку ФСП проведено у 38 хворих на хронічні дифузні захворювання печінки: 21 жінки (55,3 %) та 17 чоловіків (44,7 %) віком від 19 до 67 ($46,9 \pm 11,7$) років. В залежності від етіології СП хворі були розподілені на 2 групи. В I групу увійшли 28 хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП). II групу склали 10 хворих зі СП внаслідок хронічного вірусного гепатиту С. Показники запального синдрому оцінювали за рівнем аланін-(АЛТ) та аспартатамінотрансфераз (АСТ), холестатичного синдрому – за гаммаглутамілтрансферою (ГГТП), лужною фосфатазою (ЛФ), білковосинтетичної функції та коагулопатію – за рівнем загального білку (ЗБ), протромбінового індексу (ПТІ), фібриногену, тимолової проби (ТП). Пігментний обмін вивчали за рівнем загального білірубіну (ЗБл) та його фракції, ліпідний обмін – за вмістом загального холестерину (ЗХС).

Результати. Запальний синдром був характерним для переважної більшості хворих обох груп незалежно від етіології СП – у 75,0 % I групи та 100,0 % випадків II групи. Однак, виразність цих змін була достовірно більш значимою при вірусному ураженні печінки, ніж при НАЖХП: 4,7 норми проти 2,8 норми за АЛТ ($p < 0,01$) та 4,4 норми проти 3,6 норм за АСТ ($p < 0,01$). Холестатичний синдром як за частотою (75,0 % проти 70,0 %), так і за глибиною уражень переважав у хворих із НАЖХП: 5,6 норми проти 3,9 норм за ГГТП ($p < 0,05$) та 2,8 норм проти 1 норми за ЛФ ($p < 0,05$). Коагулопатія за рахунок незначного зниження ПТІ та фібриногену була характерною для 20,0 % хворих кожної з груп. Недостатність білковосинтетичної функції зі зниженням загального білка в 1,3 рази ($p < 0,01$) у хворих з НАЖХП та в 1,2 рази при СП вірусного походження визначалась в поодиноких випадках. Диспротеїнемія з підвищенням активності ТП до 3,4 норм встановлена в 2,9 рази частіше у хворих зі СП вірусної етіології. У хворих цієї ж групи порушення ліпідного обміну супроводжувалось зниженням концентрації ЗХС у 1,3 рази ($p < 0,05$). Гіпербілірубінемія до 3,5 норм ($p > 0,05$) визначалась лише у 10,7 % хворих з НАЖХП, за рахунок непрямої фракції ($p < 0,05$).

Висновки. Незалежно від етіології СП супроводжується порушенням ФСП. Для СП вірусної етіології більш притаманні прояви запального синдрому, порушення білковосинтетичної функції, ліпідного обміну. Для СП внаслідок НАЖХП більш характерним був холестатичний синдром.

АЛКОГОЛЬНИЙ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ: КРИТЕРІЇ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІФЕРЕНЦІАЦІЇ

Діденко В. І., Ошмянська Н. Ю., Аржанова Г. Ю.,

Галенко О. П., Петренко В. Г.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро

Матеріали та методи. Проаналізовано біоптати 27 пацієнтів з морфологічно підтвердженою жировою дистрофією печінки, які проходили лікування у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з 2013 по 2015 роки, з них 12 хворих з хронічним вірусним гепатитом «С», та 15 хворих з жировою хворобою печінки змішаного генезу. Для більш детального вивчення мікроезичулярної жирової дистрофії гістологічне дослідження було доповнено дослідженням біоптатів за технікою напівтонких зрізів.

Результати дослідження. Серед хворих на вірусний гепатит "С" початкові ознаки фіброзування спостерігалися лише в одиничному випадку (8,3%), а звичайною була картина розвитку жирової дистрофії на тлі вираженого фіброзування портальних трактів з одиничними або численними фіброзними септами (91,6%), при цьому септи щільні, інфільтровані багатою кількістю лімфоцитів та плазматичних клітин. У той же час, у групі хворих жировою хворобою печінки змішаного генезу пізні стадії фіброзу спостерігалися достовірно рідше (44,4%). Характерною картиною був розвиток жирової дистрофії на тлі відсутності фіброзу (40,0%) або незначного фіброзування перипортальної області (26,6%).

Висновки. Підтверджено, що у порівнянні із жировою хворобою печінки змішаного генезу, стеатоз на тлі вірусного гепатиту характеризувався більш вираженим фіброзуванням печінки. В 2 випадках відмічалася мікроезичулярна жирова дистрофія, яка не супроводжувалася макроезичулярною.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГОМОТОКСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Добрянський Д. В., Дудка П. Ф., Ільницький Р. І.,
Тарченко І. П., Резнікова Н. М.

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

Мета: оцінити ефективність антигомотоксичної терапії (АГТП) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Об'єкт дослідження у динаміці обстежено 73 хворих на ХОЗЛ у фазі загострення. Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб, співставимі за віком з клінічною групою. I група – 25 обстежених, яким на тлі стандартної терапії призначали лімфоміозот у поєднанні з мукозою композитум. II група – 28 хворих, яким на тлі стандартної терапії без застосування протизапальних та секретолітичних засобів призначали комбінацію препаратів: лімфоміозот, ехінацея композитум С, траумель С та бронхаліс хеель. Група порівняння, становила 20 пацієнтів, яким призначали лише стандартну терапію.

Методи дослідження: загальноклінічні, спірографія, в'язкість та інші реологічні показники крові визначались на ротаційному віскозиметрі з вільноплаваючим циліндром, цитоімунофлуоресцентним методом визначали популяції та субпопуляції лімфоцитів у периферійній крові.

Результати. Порушення реологічної характеристики крові відзначено у 73,7 % хворих на ХОЗЛ I–II стадії у фазі загострення, що проявляється підвищенням внутрішньої в'язкості еритроцитів та уявної в'язкості крові за швидкості зсуву 1с-1, відповідно, на 13,4 % і 19,2 % ($p < 0,001$), збільшенням здатності еритроцитів до патологічної агрегації в 1,3 разу та межі плинності крові в 1,6 разу ($p < 0,05$), що відображує активність запального процесу і супроводжується мікроциркуляторними порушеннями.

У хворих на ХОЗЛ виявлено 3 типи реакцій системного імунітету: гіперергічний (5 та більше показників збільшені на ≥ 20 %), гіпоергічний (5 та більше показників зменшені на ≥ 20 %), окремі імунні порушення (від 1 до 4 показників зменшені на ≥ 20 %), що дозволяє диференційовано проводити терапію антигомотоксичними препаратами.

У разі гіперергічного типу найвища ефективність лікування спостерігалась у I групі (збільшення ОФВ1 на 18 % та ФЖЄЛ на 17 %, $p < 0,05$), за наявності окремих імунних порушень – у II групі (збільшення ОФВ1 на 15,5 % та ФЖЄЛ на 16,2 %, $p < 0,05$). Застосування АГТП лімфоміозот та мукоза композитум, а також комбінації лімфоміозот, траумель С, ехінацея композитум С та бронхаліс хеель – була більш ефективною, ніж у групі порівняння на 14,0 % та 12,1 %, відповідно, що зумовлено їх позитивним впливом на імунний статус та гальмуванням запальних реакцій.

АКАРОЦЕНОЗ ПОБУТОВОГО ПИЛУ ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ КЛІЩОВИХ АЛЕРГІЙ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

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

*Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр
Міністерства охорони здоров'я України», м. Рівне*

Алергічні захворювання (АЗ) в сучасних умовах є одними з найбільш поширених захворювань і становлять велику медичну та соціальну проблему. При цьому на фоні загального збільшення АЗ спостерігається також зростання алергічних реакцій до алергенів кліщів побутового пилу – найчастіше серед пацієнтів з бронхіальною астмою і алергічним ринітом.

Мета дослідження: вивчення осередків алергій невизначеної етіології на предмет заселення їх акароїдними кліщами; дослідження зразків побутового пилу з лікувальних, дитячих та комунальних об'єктів, аналіз показників їх чисельності та видового складу.

Виявлення та відбір кліщів побутового пилу здійснювали згідно з МР 9.9.2.10.10.148-2007, для визначення частоти реєстрації гіперчутливості до кліщових алергенів у хворих на алергози проаналізовано 94 амбулаторні карти пацієнтів, яким поводилось специфічне алерготестування.

Протягом 2007-2016 років нами був вивчений 1021 об'єкт, в результаті чого досліджено 4712 зразків побутового пилу. 934 житлових об'єктів – помешкання осіб з алергіями нез'ясованої етіології; решта об'єктів обрані для повного вивчення акарофауни області, так як в екологічному відношенні кліщі є самою різноманітною групою тварин, урбанізація призводить до скорочення територій з природними умовами їх проживання та формування нових типів проживання членистоногих. Позитивні знахідки алергенних кліщів зафіксовані у житлових приміщеннях хворих на алергію – у 74 % випадків, в школах-інтернатах – 34 %, санаторних закладах – 11 %, ЛПЗ – 5 %, перукарнях – 3 %, в дитячих дошкільних закладах, будинках для людей похилого віку кліщі не виявлені.

При вивченні видового складу кліщів побутового пилу визначено, що основну масу складають кліщі виду *Dermatophagoides pteronyssinus* (щільність популяції до 238,6 екз/г). Позитивна реакція до антигену представників даного виду була виявлена у 94 % хворих. До витяжки з антигенів іншого виду кліщів, який домінував у зразках – *Glycyphagus domesticus* (щільність популяцій 78,6 екз/г) – позитивна реакція спостерігалась у 30 % хворих. Біоценоз пилу складала й інші види, чисельність яких була незначною, однак у разі масового розмноження у 25 % чоловік, чутливих до пилових алергенів, виникали алергічні захворювання.

Таким чином, кліщові алергози є актуальною проблемою, вирішення якої передбачає комплексне використання медикаментозних та санітарно-гігієнічних заходів діагностики, лікування та профілактики і в 74 % випадків дозволяє зменшити прояви алергій, або усунути їх взагалі.

ПЕРСПЕКТИВИ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ

Дрогомерецька О. І., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В.,

Гриджук Т. І., Штефюк Т. І.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Головним завданням у лікуванні любого захворювання, у тому числі і остеоартрозу (ОА), є вплив на ті патогенетичні механізми, які лежать в основі даної недуги. Основним патологічним процесом при ОА є руйнування хряща.

Мета дослідження: вивчити вплив хондроїтин сульфат натрію (Структуму) на перебіг ОА та тривалість клінічного ефекту препарату.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження було включено 136 пацієнтів обох статей віком від 40 до 75 років із ОА I-III рентгенологічної стадії по Kellgren-Lawrence (із переважним ураженням колінних суглобів – 94 хворих (69%), кульшових – 42 хворі (31%)). Тривалість захворювання коливалась від 1 до 15 років. Проводилась оцінка болю в суглобах при рухах і в спокої за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), а також визначення функціонального індексу Лекена. Основну групу склали 72 хворих (53%), які приймали Структум у дозі 500 мг двічі на день у комплексі з диклофенаком натрію 75-150 мг/добу або мелоксикамом 15 мг/добу. Контрольну групу сформували 64 хворих (47%), які отримували лише нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) у вказаних вище дозах. За основними клінічними параметрами групи між собою не відрізнялися. Клінічні дослідження хворих здійснювалися до початку лікування, через 1, 3 та 6 місяців терапії, а також через 3 місяці після закінчення лікування.

Результати. Аналіз результатів показав достовірне зниження показників болю в спокої і при ходьбі, виміряних за ВАШ, а також індексу Лекена через 1 місяць терапії серед усіх хворих у середньому на 37 % у порівнянні з вихідними даними, що, очевидно, пов'язано з дією НПЗП. Через 3 та 6 місяців лікування подальше зменшення досліджуваних показників із більшою достовірністю простежувалося в основній групі ($p < 0,05$). У хворих контрольної групи через 3 місяці після відміни НПЗП відмічалось посилення больового синдрому та погіршення функціональної здатності суглобів на відміну від пацієнтів основної групи, де ефект післядії Структуму утримувався тривалий час і показники не досягали початкових значень. Крім того, систематичне застосування хондроїтин сульфат натрію упродовж 6 місяців сприяло зниженню частоти загострень захворювання, а відповідно, госпіталізацій, а також знизило потребу в прийомі НПЗП.

Висновки. Ефективність комплексної терапії з використанням хондроїтин сульфат натрію достовірно вища, ніж монотерапія референтними препаратами: мелоксикам, диклофенак натрію.

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРАПІЇ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Дубівська С. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою даного дослідження є підбір адекватної терапії пацієнтам з післяопераційними когнітивними дисфункціями на підставі вирахування показника загального когнітивного дефіциту. Дослідження було проведено у хірургічних відділеннях різного профілю на базі Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова. Оперативне втручання проводили в умовах загальної багатокомпонентної анестезії з штучною вентиляцією легенів з використанням пропофолу та фентанілу, тіопенталу натрію та фентанілу.

Для досягнення даної мети нами було проведено дослідження когнітивної сфери у пацієнтів різних вікових груп з гострою хірургічною патологією до операції та на 1, 7, 30 добу після оперативного втручання в порівнянні з передопераційним періодом.

Дослідження когнітивної сфери: шкала MMSE, тест малювання годиннику, тест «10 слів», батарея тестів на лобну дисфункцію, метод Шульте. Вираховувався показник загального когнітивного дефіциту.

Нами було отримано Патент України на винахід № 113265 «Спосіб нейропротекторної терапії післяопераційних когнітивних дисфункцій» (2016). Суть способу є призначення схеми лікування на основі діагностики ступеня та структури когнітивної дисфункції за аналізом результатів на 7 добу після операції. Визначають величини процентних відхилень кожного результату дослідження від норми та показник загального когнітивного дефіциту за сумою значень процентного відхилення від норми результатів дослідження когнітивних порушень. При цьому нейропротекторну терапію призначають за існуючими протоколами, а якщо показник загального когнітивного дефіциту 20 % та більше.

Отримані нами дані дослідження когнітивної функції у пацієнтів хірургічного профілю після оперативного втручання в умовах загальної анестезії дозволили нам сформулювати формулу підрахунку показника загального когнітивного дефіциту, яка дозволяє визначити тактику подальшого корегування наявного когнітивного дефіциту.

**ВПЛИВ ТРИЗИПІНУ НА РІВЕНЬ ПРОДУКТІВ ОКИСЛЕННЯ
БІЛКОВИХ МОЛЕКУЛ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА ТРАНСМЕМБРАННІ
АТФАЗИ ПРИ АРИТМІЯХ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

**Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Соколова Л. І.,
*Корнієнко С. В.**

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Київська міська клінічна лікарня №3, Україна

Мета: оцінити ефективність метаболічного цитопротектора – тризепіну при аритміях серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріал та методи дослідження. В основну клінічну групу увійшли 24 хворих на ХОЗЛ II стадії у фазі загострення. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Середній вік обстежених склав $53,2 \pm 2,4$ роки.

Результати та їх обговорення. При проведенні добового ЕКГ-моніторингу у 42% обстежених виявлено порушення серцевого ритму, серед якого екстрасистолічна аритмія (часта ізольована, парна надшлуночкова і шлуночкові екстрасистолія, рання (R на T) шлуночкові екстрасистолія), пароксизми нестійкої суправентрикулярної, шлуночкової тахікардії та фібриляції передсердь. Цим пацієнтам проводилась курсова терапія тризепіном по 5,0 внутрішньовенно впродовж 10 днів. Після проведеного курсу лікування відзначено позитивну динаміку як з боку показників ОМБ, трансмембранних АТФаз, так і даних добового ЕКГ-моніторингу. Так, при аналізі отриманих результатів добового ЕКГ – моніторингу після завершення курсу лікування тризепіном були відзначені позитивні зрушення, зокрема зменшення кількості шлуночкових екстрасистол, а також не було зареєстровано епізодів пароксизмів суправентрикулярної, шлуночкової тахікардії та ранніх шлуночкових екстрасистол. У цієї групи пацієнтів відзначено зростання рівня йонтранспортної Na/K – АТФази та послаблення процесу окислення білкових молекул. Відзначене нами зростання рівня Na/K – АТФази асоціювалось з нормалізацією порушеного серцевого ритму.

Висновок. Отже, призначення тризепіну в комплексній терапії хворих на ХОЗЛ II стадії в поєднанні з ІХС позитивно впливає на процеси заповільнення окислення білкових молекул плазми крові, підвищення рівня Na/K – АТФази та зменшення частоти виникнення порушення серцевого ритму, в тому числі життєво небезпечних.

**ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА
ЙОНТРАНСПОРТНІ Na/K – АТФАЗИ ПРИ АРИТМІЯХ СЕРЦЯ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

**Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Тарченко І. П.,
Бондаренко Ю. М., Іорданова Н. Х., *Савченко Т. М.**

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Київська міська клінічна лікарня №3, Україна

Мета: встановити роль продуктів окислювальної модифікації білків (ОМБ) плазми крові та йонтранспортних Na/K – АТФаз мембран еритроцитів при аритміях серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи дослідження. Основну групу склали 24 хворих на ХОЗЛ II стадії у фазі загострення. В групу контролю увійшли 20 здорових осіб. Середній вік обстежених склав $52,4 \pm 2,8$ роки.

Результати та їх обговорення. У обстежених основної групи відзначено посилення процесу окислення білкових молекул, що підтверджувалось достовірним зростанням рівня продуктів ОМБ основного характеру (при довжині хвилі збудженні 530нм та 430нм). Виявлена нами закономірність до зменшення рівня продуктів нейтрального характеру (356нм, 370нм) може бути зумовлена напруженням адаптаційних механізмів та дисинхронізованою зміною концентрації продуктів ПОЛ і ОМБ.

Інтенсифікація процесу окислення білкових молекул плазми крові супроводжувалась достовірним зниженням рівня ключової йонтранспортної Na/K – АТФаз мембран еритроцитів, що негативно позначилось трансмембранному потенціалі та електричній стабільності міокарда.

Достовірне підвищення концентрації продуктів ОМБ плазми крові та зниження рівня йонтранспортної Na/K – АТФаз мембран еритроцитів асоціювались з життєво небезпечним порушенням серцевого ритму, зокрема пароксизму нестійкої шлуночкової тахікардії та ранньої (R на T) шлуночкової екстрасистолії.

Висновок. Інтенсифікація процесу окислення білкових молекул плазми крові та зниження рівня йонтранспортної Na/K – АТФаз при ХОЗЛ II стадії у фазі загострення супроводжується порушенням серцевого ритму в тому числі життєво небезпечного.

КОПЕПТИН ТА ТРОПОНІН І У ПРОГНОЗУВАННІ РЕЦИДИВУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ

Єрмак О. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Перебіг гострого інфаркту міокарда (ГІМ) із супутнім ожирінням значно ускладнюється наявністю ускладнень. Одним з найбільш зустрічаємих ускладнень є рецидив інфаркту міокарда.

Мета дослідження – оцінити прогностичні можливості копептину і тропоніну І у хворих на гострий інфаркт міокарда та ожиріння у відношенні розвитку рецидиву інфаркту міокарда.

Методи дослідження. Обстежено 75 пацієнтів з ГІМ і ожирінням, серед яких у 15 хворих мав місце рецидив інфаркту міокарда (ІМ). Копептин визначали за допомогою набору Human Coreptin (Coreptin) ELISA Kit, Shanghai, China, тропонін І – за допомогою набору реагентів «Tropoin I» (ХЕМА, Москва) імуноферментним методом у сироватці крові.

Результати. У пацієнтів з ГІМ і ожирінням на 7-й день хвороби рівень копептину достовірно не відрізнявся від 1-го дня ($p > 0,05$). Хворих було поділено на 2 групи: перша група пацієнтів з рецидивом ІМ протягом 7-денного періоду ГІМ та ожиріння та друга група хворих з неускладненим перебігом ГІМ та ожирінням протягом того ж періоду спостереження. Виявлено достовірне підвищення рівня копептину на 33 % ($p < 0,01$) у пацієнтів з рецидивом ІМ при ожирінні протягом 1-го тижня в порівнянні з 1-м днем ГІМ, при цьому в групі хворих з неускладненим перебігом ГІМ при ожирінні на 7-й день хвороби рівень копептину достовірно знизився на 43 % ($p < 0,01$) порівняно з 1-м днем хвороби. Зіставлення рівнів копептину в групах з рецидивом ІМ і без нього на 7-й день показало його достовірне підвищення при рецидиві ГІМ у хворих з ожирінням на 91 % ($p < 0,01$). Оцінка динаміки рівня MRproADM у хворих на ГІМ і ожиріння з 1-го по 7 день показала його достовірне зниження на 18,8 % ($p < 0,05$). Рівень MRproADM виявив тенденцію до підвищення у пацієнтів з рецидивом ІМ протягом першого тижня хвороби в порівнянні з групою хворих з неускладненим перебігом ГІМ при наявності ожиріння ($p = 0,05$). Концентрація MRproADM у хворих з ГІМ без рецидиву і ожирінням на 7-й день хвороби достовірно знижувалося на 49,2 % ($p < 0,01$), а у пацієнтів з рецидивом ІМ виявлена тенденція до зниження, що не досягає рівня достовірності ($p = 0,05$).

Висновки. Наявність ускладнення у вигляді розвитку рецидиву інфаркту міокарда у хворих з гострим інфарктом міокарда та ожирінням асоціювалося з підвищеною активністю копептину, що дає можливість використовувати його в якості маркера прогнозу.

НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНІ МЕДІАТОРИ ТА ТРОПОНІН І У ПРОГНОЗІ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Єрмак О. С., Лисак М. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) не залишає провідних позицій у структурі смертності населення у багатьох країнах, особливо за умов наявності коморбідного ожиріння. Частий розвиток гострої серцевої недостатності (ГСН) серед інших ускладнень потребує пошуку нових діагностичних маркерів, що обумовлює актуальність дослідження.

Мета дослідження – оцінка прогностичних властивостей нейро-гуморальних медіаторів (копептину, MRproADM) та тропоніну І щодо розвитку гострої серцевої недостатності у хворих на ГІМ із супутнім ожирінням.

Методи дослідження. Обстежено 75 пацієнтів з ГІМ та ожирінням, поміж яких 38 хворих мали ускладнений перебіг захворювання у вигляді ГСН. Killip 2 клас мали 44,8 %, а у 55,2 % виявили 3 клас. Копептин визначали за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai), MRproADM – «Human mid-regional pro-adrenomedullin (MRproADM)» (Biological Technology, Shanghai), тропонін І – «Tropoin I» (ХЕМА, Москва) імуноферментним методом.

Результати. У хворих з ускладненим перебігом ГІМ за рахунок розвитку ГСН за наявності ожиріння виявлено вірогідно більш високий рівень MRproADM на 15,9 % ($p < 0,01$) порівняно з хворими що мали ГІМ і ожиріння без ускладнень. Що стосується рівня копептину, то концентрація даного показника виявила тенденцію ($p = 0,05$) до зростання за наявності ГСН у хворих на ГІМ та ожиріння, що не досягала рівня вірогідності при зіставленні з пацієнтами з ожирінням і неускладненим перебігом ГІМ. Рівень тропоніну І вірогідно не відрізнявся у хворих на ГІМ і ожиріння за наявності або відсутності ГСН ($p > 0,05$). З метою удосконалення аналізу отриманих результатів використано ранжування (за F-критерієм) ступеню відмінностей результатів у хворих з ГСН порівняно із хворими без ГСН на тлі ГІМ та ожиріння. Перше рангове місце займав MRproADM ($F = 10,19$), друге – копептин ($F = 1,37$).

Висновки. Зростання рівня MRproADM супроводжувалося розвитком гострої серцевої недостатності у хворих на ГІМ та ожиріння, що дає можливість використовувати його в якості маркера прогнозу.

РОЛЬ ФРАКТАЛКІНУ В ПОШКОДЖЕННІ ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Єрмоменко Г. В., Бездітко Т. В., Хіміч Т. Ю., Ілюха С. Е.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: встановити зв'язок між рівнем фракталкіну (ФКН) та важкістю цукрового діабету 2 типу (ЦД2Т) на підставі дослідження клініко-лабораторних проявів та функціонального порушення дихальних шляхів (ФЗД).

Матеріали та методи. Для проведення дослідження було відібрано 69 пацієнтів. Пацієнти були поділені на 3 групи: I-пацієнти з бронхіальною астмою (БА) (n-22), II – (n-14) – пацієнти на БА+ ЦД2Т; III – (n-33) – БА + артеріальна гіпертензія (АГ). Всім пацієнтам було проведено клініко-лабораторне дослідження, спірометрія, визначення рівня ФКН методом ІФА за допомогою систем «RayBio® Human Фракталкін»

Проведений аналіз симптомів захворювання та скарг хворих, які моніторувались у вигляді відповідей на запитання опитувальника АСТ, свідчить про відсутність або частковий контроль БА ($7,1 \pm 2,1$ бала) у всіх досліджуваних хворих. Одним з найбільш важливих показників для оцінки контролю обструкції дихальних шляхів є ОФВ₁. У хворих I групи рівень ОФВ₁ склав $92,3 \pm 5,3$ %, для хворих II – $66,18 \pm 4,5$ групи, для хворих III – $84,2 \pm 1,2$ %. Встановлено, що у хворих II – групи ОФВ₁ достовірно ($p < 0,01$) нижче в порівнянні з цим показником I та III групи. Встановлено, що у всіх досліджуваних хворих на БА відмічено підвищення рівнів ФКН. Для ФКН у пацієнтів I групи він склав $52,69 \pm 0,71$ нг/мл ($p < 0,05$), II групи – $96,88 \pm 1,26$ нг/мл ($p < 0,001$), для хворих III групи – $79,56 \pm 0,46$ нг/мл ($p < 0,01$).

Висновки: на підставі отриманих даних ми можемо заключити, що у хворих при поєднанні БА з ЦД2типу у порівнянні з групою з БА + АГ та з групою без коморбідності, мають місце більш вираженні порушення функції ФКН, що впливає на зниження показників ФЗД.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НЕЙРОАМИНОКИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Ескин А. Р., Григорова И. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью исследования явилось изучение динамики нейроаминокислот под влиянием терапии ноофеном, пирацетамом и глициседом у больных ГЭ.

Исследуемые больные перенесшие 1 и более ишемических атак (30 пациентов, из них 18 женщин и 12 мужчины в возрасте от 45 до 57 лет) были разделены на три группы. Первая группа – 10 пациентов получали препарат пирацетам перорально в дозе 0,4 г 3 раза в сутки в течение месяца. Вторая группа – 10 больных, получавших препарат ноофен в дозе 0,25 г 3 раза в сутки в течение месяца, третья группа -10 пациентов, которым был назначен препарат глицисед в дозе 0,1 г трижды в сутки на протяжении месяца.

До и после лечения проводилось исследование субъективных проявлений заболевания и неврологического статуса, а также уровня нейромедиаторных аминокислот в плазме крови методом спектрофлуориметрии.

Результаты исследования показали, что пирацетам приводит к сдвигу в сторону возбуждающих нейромедиаторных аминокислот (глутамат в 1,1 раза, $p<0,01$), ноофен – в сторону тормозных нейроаминокислот (глицин в 1,3 раза, $p<0,01$), глицисед – в сторону тормозных нейроаминокислот (глицин в 1,1 раза, $p<0,01$).

Таким образом, исследование подтвердило необходимость назначения ноофена и глициседа больным перенесшим транзиторные ишемические атаки, так как эти препараты достоверно повышают содержание тормозных нейроаминокислот.

ПОКАЗНИКИ ОКСИДАНТНО – АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Єскін О. Р., Григорова І. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою даної роботи є вивчення показників оксидантної та антиоксидантної системи у хворих у гострому періоді ішемічного інсульту, так як проблема церебрального ішемічного інсульту є однією з центральних в клінічній неврології, тому поглиблення уяви о формуванні ішемічного ураження дає нові погляди на стратегії патогенетичного лікування ішемічного інсульту.

Обстежено 67 хворих на 1 та 7 добу захворювання (45 чоловіків, 22 жінки, у віці 33-85 років). У сироватці крові хворих визначався рівень дієнових кон'югатів, малонового діальдегіду (з використанням стандартних методик), SH-груп, глутатіону (за методом амперометричного титрування), активність каталази та пероксидази (за методом Баха та Зубкової). Враховуючи стан хворих, вони були розподілені на 4 клінічні групи: 1 група – хворі у задовільному стані (10 чоловік), 2 група – хворі у стані середньої важкості (31 чоловік), 3 група – хворі у тяжкому стані (17 чоловік), 4 група – хворі у край тяжкому стані (померлі) – 9 чоловік.

Нами було отримано стійке порушення компенсаторних механізмів оксидантно – антиоксидантної системи та дисбаланс окислювального гомеостазу. Рівень ДК був підвищеним у хворих 2-4 груп (на 13,5%, 25,%, відповідно, вище контролю на 1 та 7 добу), концентрація SH-груп була низькою у хворих усіх груп (на 8,2%, 9%), в усі періоди спостереження відмічалось підвищення вмісту глутатіону (на 89%, 70,8%), активність каталази в усіх групах хворих не різнилось із контрольною групою, а активність пероксидази була декілька збільшена.

Таким чином, у гострому періоді ішемічного інсульту нами була виявлена стимуляція вільнорадикального окислювання ліпідів та накопичення продуктів перекісного окислення ліпідів у організмі, яке веде до пригнічення антиоксидантної системи та розвитку цитотоксичного ефекту з порушенням клітинних мембран.

ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ ІШЕМІЄЮ

Єскін О. Р., Григорова І. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою даного дослідження є вивчення особливостей метаболічних порушень при гострих порушеннях мозкового кровообігу, їх вплив на перебіг захворювання тому, що серед пріоритетних проблем клінічної неврології судинні захворювання головного мозку стійко утримують лідируючі позиції, у зв'язку з тривалим їх збільшенням на території України та закордоном. Найбільш тяжким судинним ураженням головного мозку є інсульт, переважно атеросклеротичного генезу. На сьогоднішній день має велике значення вивчення питань, котрі відбивають стан різних ланцюгів гомеостазу та метаболізму у хворих на ішемічний інсульт у кореляції із клінічними синдромами, враховуючи цілісність організму, багатогранну систему регуляції функцій взаємозв'язків, взаємозалежностей процесів в органах, тканинах та системах.

У цій роботі було проведено дослідження вмісту у плазмі крові ліпідів за допомогою ензиматичного калориметричного методу: загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХСЛНДНЩ), коефіцієнту атерогенності (КА); проводився підрахунок ліпідвміщуючих лейкоцитів.

Дослідження було проведено у 53 хворих із гострим ішемічним інсультом на 1,7,20 добу, серед обстежених було 38 чоловіків, 15 жінок, у віці 33-85 років.

Клінічний діагноз “гостре порушення мозкового кровообігу по типу ішемічного інсульту” встановлювався на підставі клініко – параклінічних даних, з використанням стандартних схем неврологічного обстеження, даних нейрофізіологічних методів дослідження: електроенцефалографії, реоенцефалографії, ехоенцефалографії, нейровізуалізаційних методів дослідження: магнітно – резонансна томографія, комп'ютерна томографія головного мозку, дослідження мозкової гемодинаміки: ультразвукова доплерографія.

Результати дослідження виявили в усі періоди спостереження у хворих із церебральним ішемічним інсультом у гострому періоді відмічалось стійке порушення плазменних показників ліпідного обміну. Найбільше діагностично – прогностичне значення має зниження холестерину ліпопротеїдів високої щільності і збільшення коефіцієнту атерогенності, котрі пов'язані із важкістю перебігу та виходом захворювання, а також виявлене стійке підвищення клітинних показників ліпідного обміну – ліпідвміщуючих лейкоцитів. При цьому у хворих з тяжким та дуже тяжким перебігом інсульту ЛЛ були нижчі ніж у хворих у задовільному стані та стані середнього ступеню важкості.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯРНОЇ ДЕГЕНЕРАЦІЇ

Жакун В. М., *Ланюш Ф. В., *Полетаєва К. Д.

Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня,

**Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,*

Україна

Відомо, що частота гепатолентикулярної дегенерації (ГЛД) становить 1-3 випадки на 100 тис. населення (Michael L. Schilsky, Anthony S. Tavill, 2011). Хворий К., 1964 р. н., поступив до відділення Львівської психіатричної лікарні з діагнозом: «Деменція внаслідок гепатолентикулярної дегенерації з стійким інтелектуально-мнестичним зниженням, вираженими емоційно-вольовими розладами, періодичними афективно-психотичними порушеннями та повною соціально-трудовою дезадаптацією, повною втратою здібності до самообслуговування». Понад 20 років страждає на ГЛД. Психічний статус: мовному контакту малодоступний, у просторі і часі орієнтується погано, мова дизартрична, скандована; мислення сповільнене, торпідне, малопродуктивне; пам'ять та інтелект знижені за органічним типом; мають місце явища вираженої фіксаційної амнезії, дисмнестичних порушень за типом псевдоремінісценцій. Емоційно лабільний, легко збудливий, часто афектується. Відмічаються виражені постійні некоординовані рухи в кінцівках, тулубі, які посилюються при хвилюванні. Не в змозі самостійно приймати їжу. Критика до свого стану порушена. ЦНС: фотореакції мляві, симетричні. У позі Ромберга не стійкий, атаксія, виражений тремор кінцівок. УЗД печінки: розміри дещо збільшені, відзначається неоднорідність структури паренхіми, судинний малюнок збережений, внутрішньо- та позапечінкові жовчні протоки не розширені. Висновок: дифузні зміни печінки. Рівень міді сироватки крові 8,6 мкмоль/л, церулоплазміну – 180 мг/л. Консультація офтальмолога: виявлено кільця Кайзера-Флейшера. Консультація невропатолога: Гепатолентикулярна дегенерація, важкий прогресуючий перебіг, виражені екстрапірамідні та рухові розлади, атаксія, вираженими мовними порушеннями та повною втратою здібності до самообслуговування.

Отже, ГЛД є важкою, інвалідизуючою хворобою, на перший план клінічної картини якої виходять неврологічні та психіатричні порушення. Для своєчасної діагностики даної хвороби в умовах терапевтичного стаціонару необхідна диференційна діагностика з цирозами печінки іншої етіології, біохімічне підтвердження діагнозу та молекулярно-генетичний аналіз.

ЗМІНИ ВМІСТУ СЕЧОВИНИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ, АСОЦІЙОВАНИМИ З HELICOBACTER PYLORI

Жакун І. Б.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Україна*

Відомо, що гастродуоденальна патологія, асоційована з *Helicobacter pylori* (НР), може мати вплив на вміст сечовини крові. НР викликає запальний процес у слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки і завдяки своїй уреазній активності може впливати на вміст аміаку і сечовини в крові.

Метою дослідження була оцінка ефективності додаткового застосування фізіотерапевтичних методів лікування в структурі ерадикаційної терапії хвороб гастродуоденальної зони на підставі порівняння рівнів сечовини крові у пацієнтів з НР-асоційованою патологією. Для цього були співставлені рівні сечовини до та після лікування 59 пацієнтів з хворобами шлунково-кишкового тракту, асоційованими з НР-інфекцією. Обстежена група хворих не включала осіб з клінічними та лабораторними проявами порушення функції нирок та відхиленням параметрів азотного метаболізму. Вміст сечовини крові у всіх пацієнтів був в межах норми, проте часто спостерігались його значення на верхній або нижній межах норми. Було виділено три підгрупи: до I підгрупи увійшли пацієнти з рівнем сечовини < 5,0 ммоль/л, у II підгрупу – з вмістом сечовини від 5,0 ммоль/л до 5,4 ммоль/л, III підгрупу становили пацієнти, які мали рівень сечовини понад 5,5 ммоль/л. У дослідженні було проаналізовано динаміку вмісту сечовини під впливом різних схем лікування. Антибіотикотерапія майже не вплинула на частоту різних концентрацій сечовини: число хворих першої підгрупи залишилось незмінним, на 7% знизилась кількість хворих III підгрупи за рівнем сечовини та зросла кількість осіб II підгрупи. Серед хворих, які отримували магнітотерапію (МТ), в 2,1 рази збільшився відсоток пацієнтів з вмістом сечовини < 5,0 ммоль/л, тоді як кількість осіб III підгрупи майже не змінилась. Після лікування хворих, які отримували антибіотикотерапію в поєднанні з МТ, у 2,5 рази зменшилась частка пацієнтів із вмістом сечовини $\geq 5,5$ ммоль/л, в 1,4 рази зросло число осіб II підгрупи, а кількість хворих I підгрупи збільшилась на 10%.

Таким чином, найбільш виражене зменшення вмісту сечовини крові виявлено за умов застосування МТ та комплексної терапії антибіотиками з МТ ($p < 0,05$). Відсоток зростання рівня сечовини мало залежав від характеру лікування. За умов використання антибіотиків зниження рівня сечовини зустрічалось найрідше, а вміст сечовини зростав на 11,9 %. Отже, найбільших змін рівень сечовини зазнав за умов застосування МТ та поєднанні її з антибіотикотерапією.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ЖІНОК З ОСТЕОАРТРИТОМ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Ждан В. М., Лебідь В. Г., Хайменова Г. С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Мета: вивчити ефективність, анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку схеми лікування комбінацією препаратів: хондропротектора (хондроїтин сульфату 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.), комбінація варсартан/ амлодипін/ тідрохлортіазиду (160 мг/10мг/12,5 мг 1 раз на добу), статину (аторвастатину кальцію тригідрату 20 мг на добу, постійно), Омега-3-тригліцеридів (Омега-3 по 1 капсулі на добу, 3 міс.), кардіопротектора (дигідрохлорида триметазидин 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), цефавора (гінкго білоба /омела біла/ глід по 20-30 крапель 3 рази на добу, 1 місяць), ноотроп (фенібут 0,25 мг по 2-3 рази в день, 1 місяць) – 1 група в порівнянні з 2-ю групою, яка отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому комбінації варсартан/амлодипін/гідрохлортіазиду і аторвастатину при коморбідних станах у жінок з остеоартритом у постменопаузальному періоді.

У дослідження включені 48 хворих жінок віком 52-74 років розділених по групах: 1 група – (n=24 пацієнта) і 2 група – (n=24 пацієнта), які отримували вищевказані медичні препарати.

Критерії ефективності лікування: загальні клінічні обстеження крові, сечі, креатиніну, загального білірубіну, АЛТ, АСТ, рентгенографію і УЗД дослідження колінних суглобів, індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ і критерії якості життя по EuroQol-5D.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група - 22 хворих, 2 група - 18 хворих. Більш виражений позитивний ефект в 1 групі пацієнтів: більш виражене зниження індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ, покращення якості життя за критеріями EuroQol-5D, збільшення термінів ремісії ОА.

Отже, доведена клінічна ефективність впливу поєднання ампулової та таблетованої форм хондропротекторів на фоні прийому комбінованого антигіпертензивного препарату і статину, яке показало більш високу ефективність в плані зменшення больового синдрому і покращення функціональної здатності суглобів у а також безпеку використання даної схеми лікування при коморбідних станах у жінок з остеоартритом у постменопаузальному періоді.

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСТОРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ (НПВП) ГАСТРОПАТИЙ

Жижера Д. В., Кожушко Е. Ю., Бойцова А. В.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

В последние годы смертность от желудочно-кишечных кровотечений и перфораций, ассоциированных с НПВП-гастропатией, возросла с 14,7 до 20,9%, что обусловлено самостоятельным бесконтрольным применением этой группы препаратов, а также малосимптомным или бессимптомным клиническим течением НПВП-гастропатий (в 70-82% случаев).

Цель: оценить эффективность применения ингибиторов протонной помпы (ИПП) в качестве средства профилактики развития НПВП-гастропатий в зависимости от индивидуальных факторов риска.

При назначении НПВП важно оценить наличие у пациента факторов риска развития НПВП-гастропатий. К немодифицируемым факторам, значительно повышающим риск возникновения НПВП-гастропатии, относят пожилой возраст (>60 лет), наличие в анамнезе язвенной болезни, сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, почечной и печеночной недостаточности. К модифицируемым факторам риска развития НПВП-гастропатий можно отнести дозу НПВП, низкую селективность препарата в отношении циклооксигеназы-2, продолжительность терапии, наличие у больного хеликобактерной инфекции, одновременное применение ряда других лекарственных средств, таких как ацетилсалициловая кислота (в том числе и в низких дозах), антикоагулянты, кортикостероиды, алендронат, хлорид калия, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Следует помнить, что при сочетании у одного пациента нескольких перечисленных факторов риск развития НПВП-гастропатии существенно повышается.

Метаанализ рандомизированных клинических исследований показал, что применение ИПП у больных с НПВП-гастропатиями достоверно снижало риск развития язв желудка. Частота выявляемых язв составила 14,5% на фоне приема ИПП против 35,6% в группе плацебо. Доказана эффективность в первичной и вторичной профилактике НПВП-гастропатий ИПП. Так, в исследовании ORPULENT было показано, что применение ИПП эффективно с целью первичной профилактики НПВП-индуцированных язв, риск их возникновения снижался на 32%.

Таким образом, ИПП по праву могут рассматриваться в качестве препарата выбора для профилактики НПВП-гастропатий, а их совместное назначение с НПВП при длительном применении позволит снизить риск возникновения гастропатий, что снизит частоту возникновения острой хирургической патологии в группе больных экспонированных воздействию НПВП.

ЗНАЧЕНИЕ ФРАКТАЛКИНА В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Журавлёва Л. В., Лопина Н. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – оценить уровни фракталкина у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2-го типа и характера поражения коронарных артерий, а также его значение в прогнозировании наличия и выраженности атеросклеротического поражения коронарных сосудов.

Материалы и методы: обследовано 131 пациента с ИБС (89 мужчин, 42 женщин), средний возраст которых составил $59,6 \pm 9,11$ лет. В зависимости от наличия СД 2-го типа больные ИБС были разделены на 2 группы: 1-я группа ($n=70$) – больные с сопутствующим СД 2-го типа, 2-я группа ($n=61$) – больные ИБС без сопутствующего СД 2-го типа. Всем пациентам для верификации диагноза ИБС проводилась коронарография. У всех больных оценивались уровни фракталкина.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов с ИБС как с сопутствующим СД 2-го типа, так и без, повышены уровни фракталкина достоверно в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). У лиц с диффузным поражением коронарных артерий у как с сопутствующим СД 2-го типа, так и без уровни фракталкина были достоверно выше, чем у лиц без диффузного поражения коронарных артерий ($p < 0,05$). В ходе исследования прогностическая значимость в отношении наличия коронарного атеросклероза установлена для значения фракталкина более 466 пг/мл, чувствительность и специфичность метода высокие и составляют 85,5% и 95,5% соответственно, площадь под ROC кривой (AUC) – $0,909 \pm 0,0237$ (95% доверительный интервал: 0,852 до 0,950; $p < 0,0001$). Прогностическая значимость фракталкина в отношении наличия гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий установлена для значения фракталкина более 468 пг/мл, чувствительность и специфичность метода составляют 88,8% и 56,6% соответственно, площадь под ROC кривой (AUC) – $0,742 \pm 0,0431$ (95% доверительный интервал: 0,665-0,810; $p < 0,0001$). Прогностическая значимость определения уровня фракталкина для прогнозирования наличия диффузного поражения коронарных артерий установлена для значения фракталкина более 596 пг/мл, чувствительность и специфичность метода составляют 56% и 96,3% соответственно, площадь под ROC кривой (AUC) – $0,802 \pm 0,0396$ (95% доверительный интервал: 0,724-0,867; $p < 0,0001$).

Выводы. Определение уровня фракталкина имеет важное значение как в прогнозировании наличия атеросклеротического поражения коронарных сосудов, так и диагностики гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий, диффузного поражения коронарного русла.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Журавлева Л. В., Олейник М. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Нарушения метаболизма субхондральной кости играют важную роль в развитии остеоартроза (ОА). Есть основания предполагать многокомпонентное влияние инсулина на процесс костного ремоделирования при сахарном диабете 2-го типа (СД-2) с последующим формированием ОА. Относительный дефицит инсулина при СД-2 ведёт к снижению уровней ростовых факторов, в результате ослабляется стимуляция остеобластов, снижается выработка ими белков костного матрикса и его минерализация, скорость образования остеонов.

Цель работы – определить уровень остеокальцина, кальцитонина, щелочной фосфатазы (ЩФ) и их взаимосвязь с показателями углеводного обмена у больных ОА и при его сочетании с СД-2.

Материалы и методы. 69 пациентов (21 мужчина и 48 женщин, $54,67 \pm 1,98$ лет) были разделены на три группы: 1-я группа – 21 больной с ОА, 2-я – 20 больных с СД-2 и 3-я – 28 больных с ОА в сочетании с СД-2. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Проводили определение уровня глюкозы натощак (ГКН), HbA1c, иммунореактивного инсулина (ИРИ), индекса НОМА-IR. Уровень остеокальцина, кальцитонина определялся методом ИФА, уровень ЩФ определялся по стандартной общепринятой методике. Всем пациентам с ОА было проведено рентгенологическое исследование суставов.

Результаты и обсуждение. Выявлено связь между утяжелением диагноза и степенью рентгенологических изменений по Kellgren (M-L $\chi^2=14,69$ $0,0032 < 0,05$). Определено снижение уровня остеокальцина по сравнению с 1-ой группой во 2-й ($p=0,00013$) и в 3-й ($p=0,00118$) группах. Определено значительное снижение уровня ЩФ в группе с изолированным течением ОА по сравнению с группами пациентов с СД-2 ($p < 0,05$). В группе с изолированным СД-2 определены отрицательные корреляции между уровнем остеокальцина и ГКН ($r=-0,56$, $p=0,010464$), а также между уровнем остеокальцина и HbA1C ($r=-0,51$, $p=0,022004$). В группе с сочетанным течением ОА и СД-2 определены взаимосвязи между снижением уровня остеокальцина и повышением уровня ГКН ($r=-0,57$; $p=0,001492$) и НОМА ($r=-0,57$; $p=0,001557$). В 3-й группе отмечается взаимосвязь между уровнем ЩФ и HbA1C ($r=0,494172$, $p=0,007520$).

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о влиянии нарушений углеводного обмена на ремоделирование костной ткани, что приводит к прогрессированию костно-суставных изменений у больных ОА и СД-2.

**ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, СТАНУ
ХОЛЕСТЕРИНОВОГО ОБМІНУ ТА АКТИВНОСТІ
ПРОЗАПАЛЬНИХ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ ПРИ МЕТАБОЛІЧНІЙ
КАРДІОМІОПАТІЇ**

Журавльова Л. В., Сокольнікова Н. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: визначення зв'язку між показниками артеріального тиску (АТ), станом холестеринового обміну та рівнем ІЛ-1 β та ІЛ-6 у хворих на метаболічну кардіоміопатію (КМП) на тлі цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріал і методи. Були обстежені 96 хворих на КМП на тлі ЦД 2 типу середньої важкості. 20 практично здорових осіб, порівняні за віком і статтю, склали контрольну групу (КГ). У всіх обстежуваних визначено систолічний (САТ) та діастолічний АТ (ДАТ), середній гемодинамічний АТ (СГАТ); біохімічним методом виявлено рівні загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХСЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), за формулою Фрідвальда розраховано рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ). Рівні ІЛ-1 β та ІЛ-6 були визначені методом ІФА.

Результати. Середні значення САТ (мм рт.ст.) в групі хворих склали $141,76 \pm 1,31$, в КГ – $120,75 \pm 1,51$; ДАТ (мм рт.ст.) – $88,43 \pm 0,68$ і $77,75 \pm 0,85$ в досліджуваних групах відповідно; СГАТ склав $106,23 \pm 0,87$ в групі пацієнтів і $92,08 \pm 0,98$ в КГ. Всі отримані результати в групах достовірно різнилися між собою ($p < 0,05$). ЗХ (ммоль/л) склав у групі пацієнтів $5,29 \pm 0,15$, а в КГ – $4,06 \pm 0,05$; ТГ (ммоль/л) у групі хворих дорівнювали $1,20 \pm 0,02$, а в КГ – $1,3 \pm 0,03$; ХСЛПНЩ (ммоль/л) в групі пацієнтів склав $3,28 \pm 0,14$, а в КГ – $2,01 \pm 0,04$. Рівні прозапальних цитокінів достовірно розрізнялися в групах: у групі хворих значення ІЛ-1 β (нг/мл) склало $13,58 \pm 0,29$ vs $8,12 \pm 0,24$ ($p < 0,05$); значення ІЛ-6 (нг/мл) склало $12,37 \pm 0,31$ vs $8,83 \pm 0,22$ ($p < 0,05$). Між значеннями АТ, рівнями ліпідних фракцій і ІЛ-1 β , ІЛ-6 були виявлені достовірні ($p < 0,05$) кореляції: між САТ і ЗХ ($R=0,29$), між САТ і ТГ ($R=0,28$), між САТ і ХСЛПНЩ ($R=0,28$), між САТ та ІЛ-1 β ($R=0,41$), між САТ та ІЛ-6 ($R=0,25$); між ДАТ і ІЛ-1 β – ($R=0,25$); між СГАТ і ЗХ ($R=0,26$), між СГАТ і ТГ ($R=0,29$), між СГАТ і ХСЛПНЩ ($R=0,27$), між СГАТ і ІЛ-1 β ($R=0,39$), між СГАТ і ІЛ-6 ($R=0,28$).

Висновки: виявлені взаємозв'язки вказують на те, що навіть при незначному підвищенні АТ у хворих на МКМП на тлі ЦД 2 типу підвищується ризик формування патології ССС, зумовлений прогресуванням дисліпідемії та розгортанням системної запальної реакції за рахунок підвищення рівнів індукторів запалення цитокінів ІЛ-1 β і ІЛ-6.

**ВПЛИВ ЦИСТАТИНУ С І β_2 -МІКРОГЛОБУЛІНУ
НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ
НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ
З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ**

Журавльова М. І.

*Харківський національний медичний університет, Кафедра внутрішньої
медицини №2, клінічної імунології та алергології, Україна*

Мета: встановити залежність рівнів цистатину С і β_2 -МГ та стану систолічної функції міокарда у хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) у поєднанні з хронічним пієлонефритом (ХП).

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН різних функціональних класів. Перша група (I) – 50 хворих з ХСН без супутнього ХП, друга (II) – 30 пацієнтів з ХСН та ХП. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня цистатину С (ЦсС) сироватки крові, β_2 -МГ сечі. Рівень креатиніну (Кр) визначали методом Яфе.

Результати. Аналіз стану функції нирок залежно від функціонального класу (ФК) ХСН (II і III-IV) виявив такі особливості. У пацієнтів з ІХС і ХСН у поєднанні з ХП у групі II ФК порівняно з ХСН III-IV ФК рівні креатиніну перевищували норму на 19,3 % ($p < 0,01$) і 41,7 % ($p < 0,01$), відзначалося зниження ШКФ на 41,4 % ($p < 0,01$) і 49,3 % ($p < 0,01$), збільшення рівню цистатина С на 60,8 % ($p < 0,05$) і 85,1 % ($p < 0,01$), β_2 -МГ на 101,5 % ($p < 0,01$) і 150 % ($p < 0,001$). Знайдена позитивна кореляція різної сили між ФК ХСН і показниками креатиніну, цистатину С, β_2 -МГ і негативна – зі значеннями ШКФ.

При ІХС із ХСН II ФК у порівнянні з III-IV ФК без нефропатії рівень креатиніну невірогідно перевищував норму на 6,1 % ($p > 0,05$) і 10,2 % ($p > 0,05$), спостерігалось зниження ШКФ на 22,1 % ($p < 0,05$) і 35,4 % ($p < 0,01$), збільшення рівнів цистатину С на 40,3 % ($p < 0,05$) і 66,05 % ($p < 0,01$), β_2 -МГ на 32,9 % ($p < 0,05$) і 93,2 % ($p < 0,01$) відповідно. Визначена позитивна кореляція між ФК ХСН і рівнями цистатину С, β_2 -МГ, і негативна – з показником ШКФ.

Висновки. Представлені результати демонструють прогресування порушення клубочкової та канальцевої функцій нирок у міру обтяження ХСН. Порівняння маркерів дисфункції нирок та імунозапалення при ІХС із ХСН у поєднанні з ХП та ІХС із ХСН без ХП у залежності від ФК ХСН підтверджує, що навіть субклінічна нефропатія посилює порушення функції нирок.

ПОКАЗНИКИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА СИНДРОМОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ

Завгородня Н. Ю., Кудрявцева В. Є., Петішко О. П., Лук'яненко О. Ю.,
Зигало Е. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпро, Україна

Мета роботи: вивчити вплив синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР) на показники системного запалення у дітей з неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. У дослідження було включено 36 пацієнтів віком від 5 до 17 років. Виявлення стеатозу печінки проводили з використанням апарату «FibroScan®502Touch» з визначенням контрольованого параметра ультразвукового затухання (САР). Для діагностики стану кишкової мікрофлори за допомогою газоаналізатора «Gastrolyzer» проведений водневий дихальний тест (ВДТ) з навантаженням глюкозою. Відповідно до результатів ВДТ і наявності стеатозу печінки пацієнти були розділені на 4 групи: 1 група – 7 пацієнтів з наявністю стеатозу печінки і СНБР, 2 – 9 дітей з стеатозом без СНБР, 3 – 7 дітей без стеатозу з СНБР, 4 група – 13 дітей, без стеатозу і без СНБР. Проведено загальноклінічне дослідження крові. Кількісне визначення концентрації ІЛ-6, ІЛ-10, TNF- α в сироватці крові проводили за допомогою ІФА з використанням тест-систем ЗАО «Вектор-бест» (м. Новосибірськ).

Результати. При порівнянні показників загального аналізу крові виявлено, що рівень лейкоцитів підвищувався й сягав максимальних значень у I групі (6,4 [5,4; 6,9] Г/л) порівняно з 4 групою (5,50 [4,4; 5,9] Г/л). Значення ШОЕ також були максимальними у 1 групі (15,00 [10,0; 19,0] мм/год), відрізняючись від групи контролю (3,00 [3,00; 16,00] мм/год), але значущість відмінностей не була достатньою. Наявність СНБР супроводжувалась збільшенням рівнів прозапальних цитокінів порівняно з хворими без СНБР як в групі дітей з стеатозом печінки, так і без стеатозу: середні значення ІЛ-6 склали 2,45 [0,33; 12,6] пг/мл – у 1 групі; 1,8 [1,1; 3,0] пг/мл – у 2 групі; 1,2 [0,88; 4,45] пг/мл – у 3 групі; 0,5 [0,2; 4,1] пг/мл – у 4 групі, середні показники TNF- α склали 1,9 [0,3; 2,8] пг/мл – у 1 групі; 1,5 [0,23; 1,8] пг/мл – у 2 групі; 0,95 [0,18; 2,2] пг/мл – у 3 групі; 0,6 [0,1; 1,2] пг/мл – у 4 групі. Рівень ІЛ-10 був мінімальним у представників 1 групи - 1,85 [0,75; 3,8] пг/мл, ($p>0,05$). Максимальними рівні прозапальних цитокінів були у хворих з стеатозом та СНБР, що достовірно відрізняло їх від групи контролю ($p<0,05$). Слід зазначити, що присутність СНБР мала позитивний кореляційний зв'язок з рівнем TNF- α ($r=0,426$, $p=0,017$).

Висновки. Таким чином, СНБР обтяжує перебіг стеатозу печінки у дітей, корелюючи з активністю прозапальної реакції (рівнем TNF- α) й обумовлюючи активацію інших маркерів запалення (ІЛ-6) при пригніченні протизапальних факторів (ІЛ-10).

DYSFUNCTION OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM – THE MECHANISM OF FORMATION OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Zazdravnov A. A.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Violations of the autonomic nervous system often accompany the course of rheumatoid arthritis (RA). Moreover, there is a well-founded opinion about an etiopathogenetic role of autonomic nervous system dysfunction in the genesis of RA (Koopman F.A. et al., 2016). At the same time, people with autonomic imbalance predominate among patients with irritable bowel syndrome (IBS). Furthermore, intestinal dyspepsia is often considered as one of the clinical markers of the syndrome of autonomic dystonia.

The purpose of research – to study the condition of the autonomic nervous system in patients with RA and concomitant IBS.

Materials and methods. 52 patients with RA were examined. 27 patients with RA and IBS formed the main group. The average age of the patients was $45 \pm 3,84$ years. In all cases, the diagnosis of RA preceded the onset of IBS. 25 patients with RA without signs of IBS formed a comparison group. Both groups of patients were representative of each other according to the main characteristics (age, sex, seropositivity of RA, duration of the disease, etc.). The status of the autonomic nervous system was studied according to A.Veyn's "Standardized questionnaire for revealing signs of vegetative disturbances" (subjective evaluation from patient) and "Scheme examination for revealing signs of autonomic disturbances" by A.Vein (objective evaluation by a doctor).

Results and discussion. The questioning by "Standardized questionnaire for ..." revealed that autonomic nervous system disorders occur significantly more frequently in patients with RA and IBS (21 patients out of 27) than in the comparison group (12 patients out of 25) ($\chi^2 = 4,96$; $p=0,026$). During the medical examination ("Scheme of examination ..."), autonomic nervous system disorders were detected in 20 (74,1%) patients in the main group and 12 (48.0%) in the comparison group ($\chi^2 = 4,88$; $p = 0,027$). The more pronounced autonomic dysfunction in the patients of the main group was confirmed by significant differences in the total number of scores in both subjective ($18,37 \pm 0,871$ and $15,44 \pm 0,874$ points, $p = 0,022$) and objective assessments ($31,37 \pm 1,772$ and $26,08 \pm 2,011$ points, $p = 0,024$). The coincidence of the results of a subjective and objective evaluation of autonomic dysfunction for an individual patient was 95,2% for the main group, and 100% for the comparison group.

Conclusions. The comorbidity of RA and IBS exists mainly in conditions of autonomic nervous system imbalance. Formation of IBS in patients with RA can be considered as autonomic visceral dysfunction. It is a result of disturbance of the regulatory influence of the autonomic nervous system.

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ МЕТФОРМІНОМ НА РІВЕНЬ ЕНДОТЕЛІЙ-ЗАЛЕЖНИХ МЕДІАТОРІВ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Зайкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Леонідова В. І., Сапричова Л. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: встановити вплив терапії метформіном на рівень ендотелій-залежних медіаторів (sCD40-ліганд, sVE-кадгерин) у хворих із гострим інфарктом міокарда (ГІМ) та супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 44 хворих із гострим інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2-го типу: I група – 21 хворий, яким було призначено метформін, II група – 23 хворих, яким проводилася терапія інсуліном короткої дії. Рівень sCD40-ліганду та sVE-кадгерину визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «YH Biosearch Laboratory» (Китай) та «Bender MedSystem» (Австрія) відповідно на 1-й та на 10-14-й день інфаркту міокарда. Визначення рівня інсуліну крові проводилося з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «DRG Instruments GmbH» (Німеччина). Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету SPSS та Microsoft Excel. Розраховувалися: середнє значення (M), похибка середньої арифметичної (m), вірогідність й рівень значущості (p).

Результати: за результатами проведеного аналізу було виявлено, що призначення метформіну в якості цукрознижувального препарату порівняно з хворими, які отримували інсулінотерапію, сприяло більш значній динаміці зниження рівня інсуліну крові (-25,4% та -18,8% відповідно; $p_{1-2} < 0,05$) та рівня sCD40L (-29,3% та -24,4%, відповідно; $p_{1-2} < 0,05$). В той час як не було виявлено впливу обраної тактики цукрознижувальної терапії на рівні sVE-кадгерину (-22,4% та -19,2%, відповідно; $p_{1-2} > 0,05$). Позитивний вплив терапії метформіном на рівні sCD40-ліганду реалізується завдяки пригніченню фосфорилування Акткінази, відповідальної за активацію ядерного фактора каппа-бі, що контролює експресію генів імунної відповіді, зокрема CD40.

Висновки. Таким чином, у хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ЦД 2-го типу призначення метформіну в якості цукрознижувальної терапії сприяє зменшенню активності імунозапальної судинної реакції та тромбоцитарно-лейкоцитарної взаємодії, маркером чого sCD40-ліганд, що, зрештою, призводить до покращення перебігу захворювання.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Цівенко В. М., Глебова О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: встановити предиктори розвитку госпітальної летальності у хворих із гострим інфарктом міокарда (ГІМ) та супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 70 хворих із цукровим діабетом 2-го типу: I група – 8 хворих, які померли протягом гострого періоду інфаркту міокарда, II група – 62 хворих, які вижили протягом гострого періоду інфаркту міокарда. Рівень sCD40-ліганду, визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми YH Biosearch Laboratory (Китай) на 1-й та на 10-14-й день інфаркту міокарда. Рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) визначався за математичною формулою = ЗХС – (ЛПДНЩ + ЛПВЩ), де ЗХС – рівень загального холестерину, ммоль/л; ЛПДНЩ – рівень ліпопротеїдів дуже низької щільності, ммоль/л; ЛПВЩ – рівень ліпопротеїдів високої щільності, ммоль/л. Індекс QUICKI також визначався за математичною формулою = $1 / (\log I_0 + \log G_0)$, де I_0 – рівень інсуліну крові, мкОд/мл; G_0 – рівень глюкози крові, ммоль/л. Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету SPSS та Microsoft Excel. Розраховувалися: середнє значення (M), похибка середньої арифметичної (m), вірогідність й рівень значущості (p). Оцінка впливу показника на короткостроковий прогноз хворих проводилася методом покрокової логістичної регресії. Для визначення діагностичної ефективності досліджуваних показників використовували ROC-аналіз, розраховуючи площу під ROC-кривою (AUC), за значенням якої визначали якість діагностичної моделі.

Результати: за результатами проведеного регресійного аналізу було побудовано модель прогнозу госпітальної летальності: $Y = 1 / (1 + \text{EXP}(286,5 - 16,9 * A + 887,1 * B + 1,25 * C))$, де Y – група ризику летального кінця у хворих на ГІМ з ЦД 2-го типу; A – рівень ЛПНЩ, ммоль/л; B – індекс QUICKI, визначений в 1-й день ГІМ; C – співвідношення між рівнем sCD40L-ліганду, визначеним в 1-й день ГІМ, та рівнем sCD40L-ліганду, визначеного на 10-й день ГІМ, %. Діагностична цінність моделі склала 96,7% (AUC=0,984; p<0,0001).

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ЦД 2-го типу необхідно визначати рівень sCD40L-ліганду, індексу інсулінорезистентності QUICKI з метою прогнозування ризику розвитку госпітальної летальності за зазначеною моделлю.

ОЗОН-ИНДУЦИРОВАННАЯ ХЕМИЛЮМИНИСЦЕНЦИЯ УРАНИНА В ПРИСУТСТВИИ ПЛАЗМЫ КРОВИ

Зинченко В. Д., Горячая И. П., Головина К. Н., *Кириенко А. Н.,
*Гопчий И. И.

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

Флуоресцеин и его производные относятся к числу флуорофоров, которые по своим свойствам пригодны для медико-биологических исследований. Они обладают высоким квантовым выходом в водной среде, высоким коэффициентом экстинкции, мембранной проницаемостью и используются для исследования конформационной динамики и молекулярных взаимодействий в белках и ДНК, для получения изображений, как флуоресцентные и хемилюминесцентные пробы на синглетный кислород.

Цель – изучить продукцию активных форм кислорода (АФК) в цельной крови и в плазме крови после воздействия озона с использованием динатриевой соли флуоресцеина — уранина (УР).

Материалы и методы. Использовали донорскую кровь человека, предоставленную Харьковской станцией переливания крови со сроком хранения не более 4 суток, в качестве антикоагулянта был использован 3,8 % цитрат натрия. Для наблюдения хемилюминесценции в кювету хемилюминометра, содержащую от 0,5 до 1 мл незабуференного раствора 100 мкМ УР и 100-200 мкл плазмы крови, вводили с помощью дозатора от 0,2 до 1 мл ОФР с концентрацией озона $(5-7) \times 10^{-4}$ М, исследования проводили при комнатной температуре без перемешивания.

Результаты. Установлено, что хемилюминесцентный ответ системы уранин-плазма крови на действие озона состоит из двух частей – короткой вспышки, длящейся около 5 с, и послесвечения, спадающего в течение 20-30 мин. Короткая вспышка объясняется хемилюминесценцией при прямом окислении УР озоном, длительное послесвечение – переносом энергии на УР от других химически активных частиц. Действие пероксида водорода или гидроксил-радикала на систему в процессе послесвечения не влияет на его интенсивность.

Вывод. Перенос энергии на УР происходит от синглетного кислорода, который может образовываться в результате реакций озона с органическими молекулами. Предполагается возможность генерации синглетного кислорода в результате запуска под действием озона других реакций, механизм которых требует дополнительных исследований.

ВАСПИН И ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОЖИРЕНИЯ

Златкина В. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: определение показателей гликемического статуса и васпина в сыворотке крови в зависимости от наличия ожирения (ОЖ) в группе молодых пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование были отобраны 75 молодых пациентов с АГ возрастом от 18 до 45 лет. Все пациенты были распределены на 3 группы. В первую группу с АГ вошли 28 пациентов без ОЖ (ИМТ < 25 кг/м²). Вторую группу составили 32 пациента с избыточной массой тела (ИЗМТ) и ОЖ (ИМТ ≥ 25,0 кг/м²). Контрольную (третью) группу составили 15 практически здоровых лиц. Глюкозу натощак определяли глюкозооксидазным методом. Концентрацию инсулина натощак в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Для определения инсулинорезистентности (ИР) использовали индекс НОМА – IR. Определение концентрации васпина в сыворотке крови проводилось методом ИФА с использованием набора фирмы «Ray Biotech, Inc.» (производство Бельгия). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета Statistica, версия 8.0. Полученные результаты представлены в виде среднего значения ± стандартное отклонение от среднего значения (M ± SD).

Результаты. Проведенное исследование показало, что у молодых пациентов с АГ по сравнению с группой здоровых лиц достоверно повышаются следующие показатели: величины САД – на 13% (p < 0,001), величины ДАД – на 9 % (p < 0,05); величина НОМА – почти на 46%, концентрация васпина – на 24% (p < 0,05).

Следует отметить, что появление ОЖ у гипертензивных пациентов приводит к статистически значимым изменениям всех показателей углеводного обмена между группами пациентов с АГ, имеющих нормальную и избыточную массу тела.

В группе пациентов с АГ и ОЖ по сравнению со здоровыми лицами достоверно изменялись ИМТ – на 27%, окружность талии (ОТ) – на 31%, величины САД и ДАД – 19,3 и 12 %, соответственно (p < 0,05), индекс НОМА возрос в 2,8 раза и концентрация васпина – в 2,2 раза (p < 0,001).

Выводы. Таким образом, с прогрессированием ожирения, инсулинорезистентности и артериальной гипертензии у молодых пациентов наблюдается увеличение концентрации провоспалительного адипокина васпина в крови. Возможно, при ожирении происходит активация воспалительных процессов, что может вызвать усиления синтеза и экскреции из жировой ткани указанного адипокина.

ТИПИ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ І КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ТА ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ

Золотарьова Т. В., Бринза М. С., Яблучанський М. І.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, медичний
факультет, кафедра внутрішньої медицини,*

м. Харків, Україна

Мета роботи: встановити клінічні ознаки пацієнтів з фібриляцією та тріпотінням передсердь в залежності від типу проведеної радіочастотної абляції.

Матеріали та методи: обстежено 76 пацієнтів з фібриляцією та тріпотінням передсердь (ФП/ТП) у групах в залежності від проведеного оперативного втручання (радіочастотна абляція легеневих вен (РЧА ЛВ), каво-трікуспідального істмусу (КТІ), комбінована стратегія (ЛВ+КТІ)). Оцінювалися стать та вік пацієнтів, форма ФП та ТП, тривалість перебігу ФП/ТП, класифікація ФП/ТП за різними шкалами, стадії та ступені артеріальної гіпертензії (АГ); типи ішемічної хвороби серця (ІХС); наявність цукрового діабету 2 типу; гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі; функціональний клас та стадія хронічної серцевої недостатності (ФК ХСН). Дані оброблялися параметричною та непараметричною статистикою, рівень статистичної значущості відмінностей між групами оцінювали за допомогою непараметричного тесту Фрідмана.

Результати: частота поширення основних кардіоваскулярних захворювань та їх клінічних ознак спостерігаються однаково в групах пацієнтів з ФП/ТП незалежно від типу проведеного оперативного втручання, і вони не впливають на вибір останнього. Пацієнтам чоловічої статі частіше проводиться РЧА КТІ, і жіночої – РЧА ЛВ. Пацієнти з персистою формою ФП частіше потребують альтернативних методів лікування.

Висновки. Частота поширення основних кардіоваскулярних захворювань та їх клінічних ознак (стадії та ступені АГ, типи ІХС, цукровий діабет, ГПМК, стадії та ФК ХСН) спостерігаються однаково у групах пацієнтів з ФП/ТП незалежно від типу проведеного оперативного втручання і тому вони не впливають на його вибір. Пацієнтам чоловічої статі частіше проводиться РЧА КТІ, і жіночої – РЧА ЛВ, що обумовлене більшою розповсюдженістю ТП серед перших та більш тяжким клінічним перебігом ФП серед других. Пацієнти з персистою формою ФП частіше потребують доповнення медикаментозної терапії альтернативними методами, в першу чергу катетерною абляцією субстрату аритмії. Видається доцільним вивчати подальший клінічний перебіг фібриляції та тріпотіння передсердь в залежності від типу проведеного оперативного втручання та особливостей медикаментозної терапії.

ОЦЕНКА И КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Исаева А. С., Вовченко М. Н., Резник Л. А., Буряковская А. А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН

Украины», г. Харьков

Цель: оценить уровень депрессии, тревоги и стресса у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, а также возможности медикаментозной коррекции этих состояний.

Материалы и методы. В исследование было включено 74 пациента высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. Верификация стенокардии проводилась при помощи тредмил-теста. Всем пациентам оценивали биоэлектрическую импедансометрию с помощью медицинских весов OMRON BF511. Электронным шагомером OMRON HJ-203-EK определяли дистанцию ходьбы в течение суток до начал наблюдения и через 4 недели. Для оценки уровня стресса и тревожности пациентов была использована шкала Депрессии, Тревоги, Стресса (The Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21). Пациенты были разделены на две группы. В группу, получавшую терапию квайтом вошло 40 пациентов (группа 1) и в группу, которая не получала препарат – 34 пациента (группа 2).

Результаты. При повторной оценке шкалы DASS установлено достоверное снижение показателей в группе, получавшей терапию препаратом Квайт. В группе 2 (без терапии препаратом Квайт) данные показатели достоверно не изменялись. Уровень депрессии не изменился в обеих группах. Уровень стресса в группе 1 до и после 4-х недель терапии составил 27,4 (25,9÷43,5) и 14,8 (6,6÷19,1) баллов ($p=0,033$). При этом в группе 2 данный показатель достоверно не изменялся и составил до и после терапии 26,9 (25,1÷41,0) и 24,9 (23,1÷43,2) баллов ($p=0,39$). Также в группе 1 отмечалось достоверно значимое снижение уровня Тревоги: до начала терапии 17,5 (15,8÷20,1) и через 4 недели 11,2 (4,9÷13,4) баллов ($p=0,041$). В группе уровень Тревоги достоверно не снижался 16,5 (15,1÷19,8) и 15,9 (14,9÷20,0) ($p=0,47$). Проведенная повторно оценка дистанции ходьбы продемонстрировала существенный прирост пройденной дистанции. Так, в группе медиана 1 дистанции ходьбы в сутки через 4 недели составила 4001 (2788÷5219) м ($p_{\text{до-после}}=0,46$). В группе 2 отмечалось увеличение дистанции ходьбы, но эти изменения не имели статистической значимости. Через 4 недели наблюдения медиана дистанции ходьбы в сутки составила 3992 (2050÷3321) м ($p_{\text{до-после}}=0,61$).

Выводы. Пациенты высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска имеют высокий уровень стресса и тревоги, что может ухудшать течение основного заболевания. Терапии препаратом Квайт на протяжении 4-х недель позволяет эффективно снизить уровень стресса и тревоги у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ВРАЧЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В СТАЦИОНАРЕ

Исаева А. С., Резник Л. А., Вовченко М. Н., Буряковская А. А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков

Цель работы – изучить показатели физической активности у врачей различных специальностей.

Материалы и методы. Обследовано 52 врача различных специальностей. Большинство составляли женщины – 27 лиц (75%), мужчины – 9 человек (25%). Все пациенты относились к категории среднего возраста. У обследованных были выявлены следующие неинфекционные заболевания: у 13 лиц (36%) – гипертоническая болезнь, у 8 лиц (22%) – ИБС, у 2 человек (6%) – бронхиальная астма, у 1 человека (3%) – сахарный диабет 2 типа – и у 2 человек (6%) язвенная болезнь 12-перстной кишки. Всем обследованным определяли рост, вес, объем талии, соотношение жировой и мышечной ткани, долю висцерального жира. Физическую активность оценивали по количеству пройденных за день шагов с помощью шагомера OMRON Walking style III.

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) у врачей всех специальностей соответствовал либо избыточной массе тела, либо ожирению разной степени выраженности. Медиана ИМТ у кардиологов составила 29,9 (21,1ч32,3) кг/м², у терапевтов – 30,1 (29,5ч34,1) кг/м², у гастроэнтерологов – 30,0 (21,8ч31,1) кг/м² и у пульмонологов 29,2 (22,2ч31,0) кг/м². Результаты подсчета количества пройденных за сутки шагов свидетельствуют о недостаточной физической активности большинства участников исследования. Так, медиана пройденных за сутки шагов среди всех включенных в исследование врачей составила 8007 (4231ч10435), при этом мужчины проходили в среднем 8462 (5742ч10430) шагов в сутки, женщины – 7479 (5574ч10999) шагов. Наибольшая дистанция ходьбы была установлена у терапевтов 9012 (5571ч10999), несколько меньше кардиологи и гастроэнтерологи 7898 (5371ч9345) и 7800 (5574ч10999) соответственно, и наименьшую активность демонстрировали пульмонологи – 3125 (2799ч6789) шагов в сутки. В той или иной мере недостаточная физическая активность связана с регулярным использованием личного автомобиля – 27,7% от общего числа обследованных ежедневно пользуются автомобилем. Среди мужчин это процент был более высоким – 55,5% и несколько ниже среди женщин – 18,5%. При этом регулярными физическими тренировками занимались только 22,2% среди женщин и никто (0%) среди обследованных мужского пола.

Выводы. Наиболее информированная часть населения – врачи – ведут малоподвижный образ жизни и недостаточно времени уделяют физическим нагрузкам.

ДИНАМІКА СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В М. УЖГОРОД

Іваньо Н. В., Росул М. М., Іваньо Т. В., Корабельщикова М. О.,
Свистак В. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. Стійка втрата працездатності займає одне із ключових місць в оцінці наслідків хвороб. Захворювання системи кровообігу залишаються на першому місці в формуванні загального контингенту інвалідів.

Мета: провести аналіз стійкої втрати працездатності дорослого та працездатного населення хворих із ішемічною хворобою серця (ІХС) за 2012 та 2016 рр. в м. Ужгород та виявити наявні тенденції.

Матеріали і методи. Обстежено 56 хворих з ІХС, мешканців м. Ужгород, які були вперше визнані інвалідами. Всі хворі були поділені на 2-і групи в залежності від року виникнення інвалідності: 1-ша група складалася із 26 хворих, які були вперше визнані інвалідами в 2012 р.; 2-га група – 30 хворих, які отримали групу інвалідності в 2016 році.

Результати. Первинний вихід на інвалідність в 1-й групі склав 2,8 на 10 тисяч дорослого населення, в 2-ій – 3,3 на 10 тис. дорослого населення, що було дещо нижче обласного показника по Закарпатській області та показника по Україні в 2012 р. В обох групах переважали хворі працездатного віку. В 1-ій групі працездатного віку було 21 хворих або 81%. Первинний вихід на інвалідність в працездатному віці склав 3,0 на 10 тис. працездатного населення. В 2-ій групі працездатного віку було 28 хворих або 93%, первинний вихід на інвалідність – 4,2 на 10 тис. працездатного населення. В обох групах переважали особи чоловічої статі – 92% та 83% відповідно. В 1-ій групі після аортокоронарного шунтування (АКШ) були визнані інвалідами 3 хворих або 11% від всіх хворих, в 2-ій групі було визнано інвалідами після АКШ – 5 хворих або 17%. В 1-ій групі стійка втрата працездатності була наслідком перенесеного нефатального інфаркту міокарда (ІМ) у 22 хворих або 84 %, в 2-ій групі – у 23 хворих або 77%.

Висновки. Постаріння населення України та мешканців м. Ужгород зокрема веде до поступового зростання первинної інвалідності хворих з ІХС в дорослому віці. Зростання первинного виходу на інвалідність хворих з ІХС в працездатному віці обумовлено в першу чергу складною економічною ситуацією в країні. В переважній більшості випадків стійка втрата працездатності настає після перенесеного ІМ, що потребує якісного диспансерного спостереження за хворими з ІХС та чіткого виконання існуючих стандартів діагностики та лікування. Стійка втрата працездатності є проблемою не лише медицини, а й держави оскільки призводить до значних соціально-економічних наслідків.

ПЕРОКСИДНЕ ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Глашук Т. О., Мікулець Л. В., *Захарчук Т. В., *Гончар Л. В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

**КМУ МКЛ №3, м. Чернівці, Україна*

Для ревматоїдного артриту (РА) характерно порушення діяльності надсегментарних вегетативних утворень і ураження периферичних вегетативних структур. Вегетативний дисбаланс вносить значний вклад у розвиток серцево-судинних захворювань, а відхилення, які виникають у регуляторних системах, сприяють гемодинамічним, метаболічним, енергетичним порушенням і, як наслідок, є ранньою прогностичною ознакою неблагополуччя пацієнта.

Мета: вивчити показники перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) і варіабельність серцевого ритму (ВРС) у хворих на ревматоїдний артрит.

Матеріали і методи. У дослідження були включені 45 хворих на РА в період загострення. Середній вік хворих становив $48,3 \pm 9,9$ років. Діагноз верифікований згідно критеріїв, запропонованими ARA/EULAR (2010), наказу МОЗ України №263 від 11.04.2014. І ступінь активності виявлено – у 28 хворих, II – у 17. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Циркадіанні ритми вегетативної нервової системи (ВНС) вивчені методом добової реєстрації RR-інтервалів ЕКГ і ВРС. Активність ПОЛ у пацієнтів оцінювали за рівнем малонового альдегіду (МА).

Результати. Рівень МА у хворих на РА коливався впродовж доби, утворюючи монофазний тип кривої, яка була інверсною щодо практично здорових осіб (ПЗО). Середньодобове значення МА у хворих на РА було в 1,94 разу більше відносно ПЗО. Максимальний рівень МА у хворих на РА спостерігали о 2.00 год, у ПЗО – о 18.00 год. Мінімальні значення МА в ПЗО зафіксовано о 2.00 год, у пацієнтів на РА – о 14.00 год. Хворі на РА характеризувалися достовірним зниженням добової ВРС у порівнянні з ПЗО. У них спостерігалось зниження ($p < 0,05$) часових показників загальної ВРС та загальної потужності спектру. Параметри спектрального аналізу ВРС теж були нижчими у хворих на РА, ніж у ПЗО ($p < 0,05$). Показник LF/HF у хворих даної групи підвищений щодо групи ПЗО ($p < 0,05$). Параметри ВРС (RMSSD, рNN50, HF), які характеризують парасимпатичний відділ ВНС, були достовірно знижені ($p < 0,05$) у хворих на РА. Із збільшенням ступеня активності хвороби зменшувалася добова ВРС. У пацієнтів із II ст. активності крім зменшення всіх параметрів добової ВРС у порівнянні з ПЗО, спостерігалось підвищення симпатовагального індексу.

Висновок. Таким чином, у хворих на РА відбувається інтенсифікація процесів ПОЛ. Дані результати дозволяють думати, що виникнення порушень вегетативного дисбалансу у даних пацієнтів можливе за рахунок надлишкового накопичення продуктів ПОЛ.

ДИНАМІКА ВМІСТУ АДІПОКІНІВ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ

Ілащук Т. О., Окіпняк І. В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Останнім часом питання діагностики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ), поєднаної з остеоартрозом (ОА) у пацієнтів з ожирінням набувають дедалі більшої актуальності, що пов'язано зі значною частотою виникнення даних патологій, складністю їх протікання та високою летальністю.

Мета: підвищення ефективності діагностики хворих на АГ у поєднанні з ОА при ожирінні шляхом вивчення вмісту адипокінів, порушень ліпідного спектру. Обстежено 100 хворих, з них 35 – на артеріальну гіпертензію, 35 – на остеоартроз, 30 – на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом з нормальною масою тіла та з ожирінням. Поєднання АГ та ОА супроводжувалося достовірним ($p < 0,05$) збільшенням вмісту лептину у хворих з оптимальною масою тіла ($31,0 \pm 3,94$ нг/мл проти $12,03 \pm 2,21$ нг/мл). Ожиріння у хворих на АГ й ОА асоціювалося з подальшим статистично достовірним наростанням вмісту лептину: його концентрація у пацієнтів із ожирінням була в 1,78 рази вищою, порівнюючи з результатами обстеження хворих на АГ та ОА, які слідували за своєю масою тіла. У цілому, вміст лептину при АГ й ОА на фоні ожиріння в 3,4 раза перевищив значення групи практично здорових осіб ($p < 0,05$) і корелював з ІМТ ($r = +0,64$; $p < 0,05$). Різниця між вмістом лептину у хворих на АГ та АГ з ОА була статистично незначною, а між вмістом лептину у хворих на ОА й АГ при ожирінні – статистично достовірною. У цієї групи хворих (із АГ у поєднанні з ОА при ожирінні) достовірно ($p < 0,05$) підвищувався вміст у крові загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів ($p < 0,05$), змінювався коефіцієнт атерогенності ($p < 0,05$) поряд із зниженням ЛПВЩ ($p < 0,05$), вказуючи на асоціацію гіперліпідемії та гіпертригліцеридемії з підвищенням лептину. Останнє було підтверджено прямим кореляційним зв'язком ($r = +0,59$; $p < 0,05$). У хворих на АГ у поєднанні з ОА при ожирінні поряд із зниженням ліпопротеїдів високої щільності, підвищенням коефіцієнта атерогенності рівень адипонектину був достовірно зниженим (на 63,3 % – порівнюючи з даними у хворих на ОА, та на 40,9 % – порівняно з рівнями хворих на ізольовану АГ). Рівень адипонектину обернено з достатньою силою корелював з концентрацією у крові хворих на АГ, ОА лептину ($r = -0,617$; $p < 0,05$) і з ІМТ ($r = -0,622$; $p < 0,05$). Це дає можливість вважати, що у цієї групи пацієнтів має місце стійка дисадипокінемія.

Отже, при коморбідному перебігу АГ та ОА гіперліпідемія супроводжується дисбалансом адипокінів (збільшенням концентрації лептину і зменшенням – адипонектину), вираженість якого залежить від маси тіла.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АЛЕЛІВ І ГЕНОТИПІВ ПОЛІМОРФНОГО ЛОКУСУ G-308A ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ- α У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: дослідити частоту виявлення алелів і генотипів поліморфного локусу G-308A гена фактора некрозу пухлини- β у хворих на ішемічну хворобу серця в залежності від наявності ожиріння.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 222 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із супутнім ожирінням. Групу порівняння склали 115 хворих на ІХС з нормальною масою тіла. До контрольної групи увійшло 35 практично здорових осіб. Групи були порівнянні за віком і статтю. Дослідження поліморфного локусу G-308A гена фактора некрозу пухлини (ФНП)- β проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ).

Результати. Проведення порівняльного аналізу розподілу частоти алелів і генотипів поліморфного локусу G-308A гена ФНП- β засвідчило, що в групі хворих на ІХС вірогідно частіше зустрічались на 9,94 % і 12,55 % алель А і генотип А/А, відповідно, ніж у контрольній групі – 35,65 % проти 25,71 % і 18,26 % проти 5,71 %; а частота генотипу G/G у хворих на ІХС складає 48,70 %, що на 22,73 % менше, ніж у контрольній групі, де частота цього генотипу склала 71,43 % ($p < 0,05$). У хворих на ІХС й ожиріння носійство алеля А поліморфного локусу G-308A гена ФНП- β було відзначено в 40,09 % випадків, що на 14,38 % вище, ніж у контрольній групі (25,71 %) ($p < 0,05$). Алель А зустрічався частіше в гетерозиготній формі (G/A) на 17,68 %, ніж у контрольній групі – 40,54 % проти 22,86 % і в гомозиготній формі (A/A) – на 20,42 % (26,13 % проти 5,71 %); а також вірогідно рідше на 14,38 % і 38,1 % зустрічався алель G і його гомозиготний генотип (G/G), ніж у осіб групи контролю – 59,91 % проти 74,29 % і 33,33 % проти 71,43 % відповідно ($p < 0,05$). Порівняння основних груп спостереження показало різницю за генотипом G/G поліморфного локусу G-308A гена ФНП- β у хворих на ІХС залежно від маси тіла. Так, гомозиготна форма генотипу G/G у хворих з нормальною масою тіла зустрічалась частіше на 15,37 %, ніж у хворих із ожирінням – 48,7 % проти 33,33 % випадків ($p < 0,05$).

Висновки. Оцінюючи носійство різних варіантів поліморфного локусу G-308A гена ФНП- β у обстежених хворих, слід зазначити, що, за попередніми даними, алель А, який зустрічався частіше у хворих з ІХС й у хворих з поєднанням ІХС й ожиріння, ймовірно, є фактором ризику розвитку ІХС, а зменшення частоти виявлення генотипу G/G асоційовано з розвитком ожиріння.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каландарова У. А., Ибадова М. У.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Узбекистан

Цель. Изучить возможности профилактических мероприятий среди больных метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Под наблюдением находились 245 пациентов, страдающих метаболическим синдромом. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа пациенты, находящиеся под наблюдением врачей в лечебно-профилактических учреждениях и 2-я группа – пациенты проходившие профилактические мероприятия по специальной программе, разработанной для данного исследования. Профилактическая программа включала методы первичной и вторичной профилактики. В соответствии с этим среди больных проводились, как методы немедикаментозного (для первичной профилактики), так и медикаментозного (для вторичной профилактики) воздействия. Немедикаментозные методы предусматривали диетические мероприятия, повышение физической активности, коррекцию нарушенного сна и психологические методы. Медикаментозное вмешательство предусматривало лекарственную коррекцию нарушенных компонентов МС. Для диагностики МС применены критерии выявления МС рекомендованные IDF (2005).

Результаты. Показана достаточная эффективности, как первичной, так и вторичной профилактики МС. Профилактическими мероприятиями удалось в значительной степени снизить уровни основных компонентов МС. Однако степень эффективности профилактических мероприятий в различных группах больных была неоднозначна. Результаты профилактических мероприятий во многом связаны с отношением пациента к своему состоянию, адекватной оценки своего состояния и настойчивости в достижении цели. Среди многих пациентов имеет место недостаточно адекватная оценка состояния своего здоровья и степени риска МС и его основных компонентов в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также связанных с ними инвалидности и смертности. Установлено, что многие пациенты больше ориентированы на краткосрочное лечение в стационарах с применением парентеральных методов введения лекарственных средств. Принципиальным моментом в достижении эффективности профилактических мероприятий является убежденности пациента в эффективности немедикаментозных методов, а не лекарственной терапии.

Выводы. Ключевым моментов в эффективной профилактике МС являются меры по повышению санитарной культуры пациентов. При осуществлении профилактических программ следует проводить дифференцированный подход к медикаментозным и немедикаментозным методам вмешательства.

**Етіологічна структура та тенденції динаміки
синдрому легеневої дисемінації серед хворих
фтизіопульмонологічного профілю, що перебували
на обстеженні і лікуванні в НІФП НАМН**

Калениченко М. І., Опанасенко М. С., Терешкович О. В., Купчак І. М.

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

Мета: вивчити тенденції динаміки та етіологічну структуру синдрому легеневої дисемінації (СЛД) серед хворих фтизіопульмонологічного профілю, що перебували на обстеженні та лікуванні в НІФП НАМН за останні 10 років.

Матеріали і методи. За останні 10 років в нашому інституті було проліковано 54524 пацієнтів. З них у 1140 хворих при госпіталізації було встановлено діагноз СЛД, що склало $(2,1 \pm 0,1)$ % від загальної кількості хворих. Найменша кількість хворих з даною патологією перебувала на лікуванні в НІФП НАМН у 2006 (41 особа) році, а потім з кожним роком збільшувалась і склала 216 осіб у 2015 році, тобто зросла більше ніж в 5 разів. Найбільший приріст кількості пацієнтів з даною патологією спостерігався за останній рік – на 51 особу, тобто на 31,0 % у порівнянні з 2014 роком. Схожа тенденція спостерігалась і відносно відсотку хворих з СЛД в структурі всіх пролікованих хворих, збільшуючись з кожним роком з 1,2 % у 2006 році до 3,2 % у 2015 році, тобто у 2,7 разів.

Обговорення. В структурі СЛД найчастіше зустрічався саркоїдоз легень – 524 $(46,0 \pm 1,5)$ % випадків. Легенева дисемінація, при якій був встановлений заключний клінічний діагноз онкологічного ураження легень, була діагностована у 242 $(21,3 \pm 1,2)$ % пацієнтів. Легенева дисемінація, при якій був встановлений заключний клінічний діагноз інтерстиційного або гранулематозного ураження легень (за виключенням туберкульозу), в тому числі пухлики при системній патології, була встановлена у 159 $(13,9 \pm 1,0)$ % хворих. Легенева дисемінація, при якій був встановлений інший заключний клінічний діагноз, що не підпадав під критерії перших чотирьох груп дослідження, була зареєстрована у 136 $(11,9 \pm 1,0)$ % хворих. Діагноз «туберкульоз легень» в структурі СЛД зустрічався найменше (79 $(6,9 \pm 0,8)$ % хворих). Це може пояснюватись високим рівнем неінвазивної діагностики туберкульозу в нашому інституті.

Висновки. За останні роки спостерігається тенденція до збільшення відсотку хворих з СЛД в структурі всіх пролікованих пацієнтів в нашому інституті. В структурі СЛД переважає саркоїдоз легень – 524 $(46,0 \pm 1,5)$ % випадків.

Роботу виконано за кошти державного бюджету.

ПАТОГІСТОЛОГІЧНА СПЕЦИФІКА РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ ГОСТРИХ ГЕПАТИТІВ

**Калініченко С. В., Торяник І. І., Скляр А. І., Попова Н. Г.,
Бруснік С. В., Попова Л. О.**

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України»,
Харківський національний медичний університет МОЗ України*

На сьогоднішній день гострі циклічні гепатити являють серйозну медико-соціальну проблему. Вона полягає не лише у відсутності остаточно з'ясованого погляду на етіологічну єдність зазначеною групи захворювань, але й в унеможливленні об'єктивної морфологічної диференціації змін, що спричинюються етіологічно різними збудниками та імовірно відмінним патогенетичним сценарієм. У наукових колах фахівців до цього часу точаться жваві дискусії щодо наявності трьох різновидів морфо-функціонально визначених збудників гепатитів, що передаються гематогенно (з фактором коагуляції крові) та серологічно залишаються різновидами вірусів А та В. Ці збудники провокують специфічні, не остаточно з'ясовані патогістологічні прояви, що спонукає до пошуків профільних фахівців. Матеріалом започаткованого дослідження стали шматочки печінок хворих на гострі форми вірусних гепатитів. Забір некропсій відбувався за умов профільної прозектури. Фіксацію, проводку матеріалу, виготовлення гістологічних зрізів здійснювали у відповідності до стандартного алгоритму, забарвлювали застосовуючи гематоксилін-еозином, ШК-реакцію, за Браше. Аналіз розладів відбувався у світлооптичному мікроскопі ЛОМО (Санки-Петербург, Російська Федерація), х 200; х 400; х 600. У результаті гістологічного дослідження було встановлено, що ушкодження печінки за умов гострого гепатиту розвиваються трьома шляхами альтеративних, ексудативних та проліферативних змін. Стартовим моментом у цьому процесі була мезенхімальна реакція з проліферацією зірчастих ендотеліоцитів у макрофаги (що найтипівішим для гострого вірусного гепатиту В). У стромі органу виявляють невеликих розмірів локальні лімфогістіоцитарні інфільтрати, на зміну яким приходить альтеративна реакція (структурно чітко визначена та локалізована у центральних ділянках часток). В окремих препаратах диференціювали зони з типовим розвитком явищ зернистої та балонної дистрофій, поодинокі факти виникнення жирової дистрофії. Гепатоцити у таких випадках залишались із збереженим глікогеном. Поступово дистрофічні розлади змінювались некрозом. За умов прогресування хвороби ураження набувало генералізованого характеру. На зазначеному тлі відбувалась дисконкомплексация печінкових балок з перерозподілом гепатоцитів. Характерними для цього періоду були коагуляційний некроз та глибока деструкція гепатоцитів, зірчастих ендотеліоцитів з утворенням еозинофільних тілець без ядер та його залишків. Перипортальні зони містили невеликі інфільтрати із лімфоцитів з домішками гістіоцитів, поодиноких плазмоцитів та гранулоцитів. Виразність інфільтрації напряму пов'язувалась із ступенем некротичних змін у печінці.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Камышникова Л. А., Пивовар Р. С.

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет», г. Белгород, Россия*

Рост распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП) делает необходимым дальнейшее углубленное изучение патофизиологических особенностей возникновения и развития кардиоренального синдрома с точки зрения факторов риска, профилактических мер, терапевтических подходов, раннего вмешательства, нефрокардиопротективной стратегии. Важнейшая задача, проведение проспективных обсервационных исследований, формирование и анализирование регистров пациентов с ХБП на додиализных стадиях, что даст возможность совершенствовать систему унифицирования риска терминальной почечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений, уточнять лабораторные показатели, предпочтительные комбинации нефропротекторов, а также оптимизировать тактику лечения.

По нашему мнению, необходимо разработать и внедрить комплекс мероприятий для решения проблемы ХБП и сердечно-сосудистых осложнений с помощью мобилизации всех сегментов системы Российского здравоохранения. Сюда можно отнести:

- раннее выявление факторов риска ХБП в популяции с использованием центров здоровья, программы диспансеризации, мониторинга электронных баз данных;
- информирование населения о принципах нефропрофилактики;
- развитие и повышение доступности структур нефрологической службы, сети консультативных кабинетов нефролога, налаживание механизмов их взаимодействия с системой первичной медико-санитарной помощи;
- широкое внедрение теста на альбуминурию для выявления ХБП, по крайней мере, у больных сахарным диабетом и артериальной гипертонией. Применение расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формулам СКД-ЕРІ в дополнение к определению креатинина сыворотки крови;
- рациональное использование немедикаментозных средств нефропротекции – малобелковой диеты, расширенного водного режима, физических упражнений. Коррекция разнообразных нарушений обмена, связанных с развитием ХБП;

Таким образом, необходимо дальнейшее изучение и внедрение комплекса мероприятий для решения проблемы ССЗ и ХБП, которые имеют серьезные социально-экономические последствия и являются глобальной общемедицинской проблемой. Все это, в дальнейшем, снизит инвалидность и смертность от данной патологии.

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ

Карачинова В. А., Стойкевич М. В., Кленіна І. А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета: оцінити стан показників ліпідного спектру сироватки крові у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями кишечника (ХЗЗК) в залежності від нутритивного статусу.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 120 пацієнтів з ХЗЗК (45,8% жінок, 54,2% чоловіків, середній вік $(38,13 \pm 1,08)$ років). В залежності від антропометричних характеристик пацієнти були розподілені на групи: I – зі зниженим нутритивним статусом ($n=69$); II – з нормальним нутритивним статусом ($n=20$); III – з підвищеним нутритивним статусом ($n=31$). Для характеристики обміну ліпідів у сироватці крові визначали загальний холестерол (ЗХС), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ), використовуючи набори біотесту «Сормау» Польща. Розраховували коефіцієнт атерогенності (КА).

Результати та обговорення. Згідно отриманих даних, вірогідне зниження вмісту ЗХС спостерігалось лише у пацієнтів I групи в 1,3 рази до $(3,89 \pm 0,16)$ ммоль/л ($p < 0,05$), порівняно з контролем $(5,20 \pm 0,60)$ ммоль/л; вірогідне зниження вмісту ТГ визначалося у всіх трьох групах: у 2,1 рази до $(0,56 \pm 0,04)$ ммоль/л ($p < 0,001$) в I групі, в 2,2 рази $(0,53 \pm 0,06)$ ммоль/л ($p < 0,001$) в II групі та в 1,6 рази $(0,74 \pm 0,07)$ ммоль/л ($p < 0,01$) в III групі відносно контролю $(1,15 \pm 0,12)$ ммоль/л; зниження вмісту ЛПВЩ відбувалося в 1,4 рази до $(1,04 \pm 0,05)$ ммоль/л ($p < 0,001$) у I групі та до $(1,06 \pm 0,09)$ ммоль/л ($p < 0,01$) в III групі, порівняно з контролем $(1,49 \pm 0,12)$ ммоль/л; зниження вмісту ЛПДНЩ спостерігалось в I групі в 2,6 рази до $(0,25 \pm 0,02)$ ммоль/л ($p < 0,01$), в II групі – в 2,7 разів до $(0,24 \pm 0,03)$ ммоль/л ($p < 0,01$) та в III групі – в 2 рази до $(0,32 \pm 0,03)$ ммоль/л ($p < 0,05$) відносно контролю $(0,65 \pm 0,14)$ ммоль/л. Внутрішньогруповий аналіз отриманих даних показав різнонаправлений дисбаланс між ліпідними фракціями в групах розподілених за нутритивним статусом. КА, який відображає динаміку змін ліпідного спектру був підвищений у 31,9 % пацієнтів в I групі, у 25,0 % в II групі і у 51,6 % пацієнтів в III групі.

Висновки. У пацієнтів з ХЗЗК в залежності від нутритивного статусу визначалося порушення ліпідного обміну: зниження ЛПВЩ у 55,1% пацієнтів I групи, у 30,0% – II групи та у 54,8% – III групи. Паралельно спостерігалось зниження вмісту ЗХС: у 44,9% пацієнтів I групи, у 22,6% – III групи; та зниження вмісту ТГ: у 40,6% пацієнтів I групи; у 40,0% – II групи, у 19,4% – III групи.

КОНСОЛИДАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Каримов М. Ю., Якубджанов Р. Р., *Каюмов У. К.

Ташкентская медицинская академия,

**Ташкентский институт усовершенствование врачей, Узбекистан*

Цель: изучить результаты оперативного лечения переломов длинных костей у пациентов с сахарным диабетом (СД) и метаболического синдрома (МС) без СД, но с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ).

Материал и методы: Учитывая данные литературы о связи между состоянием плотности костной ткани с одной стороны и инсулинорезистентностью – с другой, изучались результаты оперативного лечения переломов длинных трубчатых костей у пациентов с СД и МС. Анализируются данные обследования, лечения и наблюдения 12 пациентов с переломами длинных костей страдающих СД 2 типа и 9 пациентов с МС. В качестве критериев выявления МС и его компонентов применялись рекомендации IDF (2005). В качестве основных компонентов МС рассматривались артериальная гипертония, избыточная масса тела и/или ожирение, дислипидемия и НТГ. Все больные обследованы по специально разработанной методике, предусматривающей алгоритм диагностики и лечения переломов с учётом особенностей метаболического синдрома. Из лучевых методов применялись стандартная рентгенография и МСКТ. После тщательной предоперационной подготовки, включающей коррекцию гипергликемии, больным произведено оперативное лечение (в том числе открытый и, преимущественно, малоинвазивный остеосинтез длинных костей).

Результаты. Согласно полученным результатам у больных СД у которых на 8-10 сутки для оптимизации репаративной регенерации зоны перелома, внутримышечно вводился кальцитонин 100 ЕД (всего до 20-30 ампул), были получены положительные результаты. Все больные после коррекции гемо-реологических показателей были вертикализированы, т.е. начали ходить на 3-5 сутки после операции. При этом, нагрузка на оперированную нижнюю конечность составляла до 10%. Разрешение на полную нагрузку давалось через 3 недели т.е. после образования первичной костной мозоли. Костное сращение переломов наступило у пациентов с СД в срок от 4 до 6,5 месяцев. Изучение отдаленных результатов с применением метода Каплан-Мейера показало повышение качества жизни с 10% до 90%. Были получены положительные результаты также и в группе пациентов с МС. Коррекция основных компонентов МС и, прежде всего гипергликемии проводилась с момента поступления пациента.

Вывод: Малоинвазивный остеосинтез переломов длинных костей конечностей у больных с сахарным диабетом является методом выбора. При этом, коррекция гипергликемии и других компонентов МС существенно улучшает результаты лечения и прогноз, в том числе и качества жизни.

ВПЛИВ ВЕГЕТАТИВНОЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА РОЗВИТОК І КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ ТА МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ

Катеренчук І. П.

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

Сучасні протоколи діагностики і лікування не передбачають вивчення особливостей вегетативної і психосоматичної дисфункції у пацієнтів з стенокардією та інфарктом міокарда та призначення комплексу лікувальних заходів, здатних нормалізувати або оптимізувати вегетативну та психосоматичну дисфункцію.

Проведеними нами дослідженнями з використанням методу фазаграфії та анкет з використанням шкал тривожності та депресії, визначені провідні психотравмуючі фактори, які обумовлювали розвиток і прогресування ішемічної хвороби серця.

Найбільш потужними психотравмуючими факторами, що обумовлювали розвиток вегетативної і психосоматичної дисфункції виявились втрата близької людини (чоловіка, дружини), соціальна незатребуваність, відсутність коштів на лікування, сімейно-побутові конфлікти.

Виявлені гендерні відмінності впливу психотравмуючих факторів, а також особливості психотравмуючої дії у пацієнтів з різними типами вищої нервової діяльності.

Результати вивчення ролі психотравмуючих факторів, пов'язаних з лабільністю регуляторних систем організму у пацієнтів похилого і старечого віку свідчать про значну роль психосоціальних факторів у функціонуванні механізмів, здатних змінювати адаптивні можливості серцево-судинної системи.

При вивченні співвідношень віку пацієнта і появи ознак вегетативної і психосоматичної дисфункції, встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку між віком пацієнта і часом від початку впливу психотравмуючого фактора і розвитком коронарної події (прояви стенокардії та гострого коронарного синдрому). Найбільш вираженою ця залежність проявлялась у чоловіків холеричного типу, які палили та мали підвищений артеріальний тиск.

Застосування Мебікару у комплексному лікуванні сприяло зменшенню впливу психотравмуючих факторів та покращенню клінічного перебігу ішемічної хвороби серця.

ВПЛИВ АНЕМІЇ НА ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАН ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ГЕМОДІАЛІЗІ

Катеренчук І. П., Могильник Н. М., Осіння Г. П., Ярмола Т. І.
*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського*

Серед безлічі факторів, що впливають на якість життя пацієнтів на гемодіалізі, найбільш значимим є: необхідність безперервного лікування (витрати часу, психологічне напруження, пов'язане з необхідністю безперервного контролю за перебігом хвороби); безперервна загроза ускладнень, що провокує виникнення тривоги і депресії, а в подальшому, за умови їх розвитку, значне зниження здатності пацієнта до функціонування в повсякденному житті; фінансовий тягар лікування, який лягає не тільки на систему охорони здоров'я, а й, в значному ступені, на самого пацієнта і його сім'ю.

Одним з прогностично несприятливих ускладнень у пацієнтів на діалізній терапії є анемія, у зв'язку з чим метою дослідження була оцінка впливу анемії на психосоматичний стан та якість життя пацієнтів.

Результати дослідження засвідчили про те, що анемія асоційована з погіршенням якості життя пацієнтів, що перебувають на програмному гемодіалізі. Анемія впливає як на показники, що відображають фізичний компонент здоров'я, так і на показники, що характеризують психологічний компонент здоров'я, що дає підстави стверджувати, що зниження функції нирок і анемія є взаємно обтяжливими станами.

Якість життя суттєво впливає на прихильність хворих до лікування, оскільки багато пацієнтів вже на початку діалізної терапії відчують наростаючі труднощі в повсякденному житті, пов'язані зі змінами фізичного та емоційного стану. Тобто, ці хворі одночасно з корекцією анемії, потребують різнобічної психологічної та соціальної підтримки. Впровадження в практику ефективних і доступних методів психологічної та соціальної підтримки хворих, які перебувають на програмному діалізі, є нагальним питанням, що вимагає взаємодії фахівців різного профілю.

Тому корекція анемії, з одного боку, та корекція психосоматичного стану та підтримка якості життя пацієнтів, що перебувають на програмному діалізі, з іншого, можлива лише за умови своєчасного комплексного лікування. Наявність великої кількості психологічних і соціальних факторів, що впливають на прихильність до лікування і самопочуття пацієнтів, що перебувають на гемодіалізі, вимагає обов'язкового включення в програму ведення хворих заходів підтримки та реабілітації.

РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ ПРИ ПРОЛАПСІ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: ЕВОЛЮЦІЯ НАУКОВИХ УЯВЛЕНЬ

Катеренчук О. І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Пролапс мітрального клапана (ПМК) – найпоширеніша патологія клапанного апарата серця, що виявляється в 2-3% осіб в популяції та характеризується підвищеним ризиком виникнення раптової серцевої смерті (РСС).

Мета: проаналізувати еволюцію наукових уявлень та сучасні тенденції у вивченні клініко-анатомічних передумов виникнення РСС при ПМК.

Матеріали і методи: виконано аналіз публікацій за пошуковим запитом "первинний пролапс мітрального клапана", індексованих у базах даних Pubmed за період з 1975 по 2016 роки.

Результати: на основі аналізу 314 статей, присвячених вивченню ПМК, можна виділити наступні теорії виникнення РСС: гемодинамічна (внаслідок гострої критичної мітральної регургітації), аритмічна (обумовлена анатомо-електричною негомогенністю тканин), дисметаболічна (внаслідок дефіциту магнію). Водночас, найбільш розвиненою та інтегративною є теорія вегетативної дисфункції, що полягає в порушенні адренергічної та холінергічної інервації анатомічного комплексу мітрального клапану, підвищеній експресії α_1 , α_2 та α_1 -адренорецепторів, гіперсенситизації α -адренергічних рецепторних структур, розладах барорефлекторної реактивності на рівні центральної нервової системи, порушеннях метаболізму магнію, що загалом призводить до посилення тонічної симпатикотонії з/без зниження парасимпатичних впливів або ж до парадоксальної гіперактивності вагального компонента вегетативної регуляції і, таким чином, створює підґрунтя для виникнення життєвоzagрозливих аритмій та РСС. На зміну концепції вегетативного дисбалансу як наслідку ПМК, утверджуються погляди, що саме вегетативна дисфункція обумовлює міксоматозну дегенерацію структур мітрального клапану.

Висновки: наявний обсяг знань дозволяє стверджувати, що анатомо-функціональні порушення вегетативної нервової системи відіграють ключову роль в прогресуванні патологоанатомічних, гемодинамічних та клінічних змін при ПМК, обумовлюючи зростання ризику раптової смерті, що обґрунтовує розробку терапевтичних підходів спрямованих на корекцію вегетативного дисбалансу.

SOME RESULTS OF POPULATION STUDY OF METABOLIC SYNDROME

**Kayumov U. K., Khasanova Kh. D., Saipova M. L.,
Ziyamukhamedova M. M.**

Tashkent Institute of Postgraduate medical education, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. To give an estimation to the criteria of exposure of metabolic syndrome (MS) of and of its components for a local population.

Material and methods. Results are given 28 age supervisions educed in three population researches conducted in Uzbekistan. From components MS studied: arterial high blood pressure (AG), surplus body weight (SBW) and obesity, giperlipidemia and broken tolerance to glucose (BTG), thus, BTG came to light on the basis of glycemia on an empty stomach, and also through 1 and 2 hours after loading glucose.

Results of research. It is established that every third man at the age of 20-69 years has BTG. With age decrease in frequency of violation simpatoadre-nalovy and increase in frequency vagoinsulyarny phases of a glycemic curve is observed. On material of the "through" contingent it is shown that positive dynamics of prevalence of such MS components as AG and a giperlipidemiya takes place. At the same time reliable increase, both the frequency, and average values of the MS separate components is established. Various criteriaof identification and an assessment of the MS components are analysed.

The analysis of protsently distribution of levels of the MS components has shown that in the studied population indicators systolic BP, Kettle's index and a cholesterol and the top quintiles of the studied indicators, in general, correspond to Criteria of the last classifications of WHO and IDF.

However, indicators diastolic BP, a glycemia on an empty stomach and in 2hours after loading have appeared glucose below, than the standard criteria. Further prospective supervision on studying of prevalence and formation of new cases of hart diseases has confirmed expediency of the accounting of these distinctions in identification and monitoring of MS.

Conclusions. 1. Among the man's population of Tashkent prevalence of the MS various components takes place. Frequency of MS and its components increases.

2. Population criteria of the MS components among the studied contingent differ from criteria of WHO a little. For adequate identification, monitoring and correction of the MS components it is necessary to consider these distinctions.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Каюмов У. К., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Зиямухамедова М. М., Ибадова М. У.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Узбекистан

Цель. Изучить некоторые социально-демографические и психологические характеристики у больных подагрой протекающей в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Приводятся результаты 2-х исследований: популяционного исследования, выполненного на репрезентативной выборке из неорганизованного населения в количестве 1335 человек и клинического исследования 120 пациентов, страдающих подагрой. Для диагностики МС применены критерии выявления МС рекомендованные IDF (2005).

Результаты. Изучение мнения пациентов о степени риска сердечно-сосудистой смертности (ССС) обусловленной гипергликемией показало, что больные без нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) в большем числе случаев информированы о важной роли гипергликемии в увеличении риска ССС (46,15%), чем лица с гипергликемией (38,32%). Считают, что гипергликемия незначительно влияет на риск ССС 38,46% больных подагрой с нормальной толерантностью к глюкозе и 23,36% больных подагрой с НТГ. Больные подагрой в сочетании с НТГ в 2 раза чаще, чем лица с нормальной толерантностью к глюкозе считают, что риск ССС обусловлен не НТГ, другими причинами (32,71% и 15,38%). Показано, что наиболее часто МС встречается у больных подагрой с высшим образованием. Несколько реже МС имеет место у больных со средне-техническим и, наименее часто, у больных подагрой со средним образованием. Согласно полученных данных среди больных подагрой в сочетании с МС 32% пациентов оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное», 60% – как «болен» и 8% – как «серьёзно болен». Аналогичные показатели в группе больных подагрой без МС составляют соответственно – 15%, 70% и 15%. Установлено, что в целом, среди пациентов с подагрой 83,33% страдают метаболическим синдромом. При этом частота встречаемости МС у больных подагрой значительно увеличивается после 50 лет.

Выводы. В изученной популяции имеет место недостаточно адекватная оценка пациентами состояния своего здоровья и степени риска гипергликемии в отношении ССС. Учитывая высокие показатели распространённости МС, тесную связь его компонентов с подагрой и возрастные аспекты представляется целесообразным совершенствовать санитарно-просветительную работу среди этой категории пациентов начиная с лиц среднего возраста.

ЧАСТОТА ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗРІЛОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ

Квасницька О. Б.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета: вивчити частоту розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту у пацієнтів зрілого віку з ожирінням.

Ретроспективно було проведено аналіз 60 історій хвороб пацієнтів зрілого віку з ожирінням, серед яких було 39 жінок та 21 чоловік (вік обстежених склав від 31 до 56 років). Індекс маси тіла (ІМТ) був вище 30 кг/м². Верифікація захворювань шлунково-кишкового тракту відбувалась на підставі загальноприйнятих клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження (ГДФС з біопсією, УЗД органів черевної порожнини, в деяких випадках комп'ютерна томографія, колоноскопія).

За результатами дослідження було діагностовано гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) у 47 хворих (78%): при ожирінні I ступеня – 11 хворих (6,6%), II ступеня – 17 хворих (10,2%), III ступеня – 19 хворих (11,4%). При цьому ГЕРХ з проявами езофагіту виявлено у 21 пацієнта. У 57 (95%) пацієнтів з ожирінням було діагностовано хронічний панкреатит, який у 16 пацієнтів був ускладнений цукровим діабетом. Хронічний панкреатит у 48 пацієнтів перебігав латентно, а у 9 пацієнтів з помірно вираженим больовим синдромом. Серед всіх пацієнтів пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки була виявлена у 12 пацієнтів (20%) при I та II ступені ожиріння. У всіх пацієнтів, за даними УЗД, виявлені ознаки неалкогольної жирової хвороби печінки, а у 42 пацієнтів (70%) – хронічний холецистит (у 13 пацієнтів з камнеутворенням). Хронічний холецистит поєднувався з дискінезією жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом. Аналіз функціональних проб печінки показав незначне підвищення активності АсАТ та АлАТ і загального білірубину у пацієнтів з II та III ступенем ожиріння, що свідчить про розвиток стеатогепатиту. У 14 пацієнтів встановлено також синдром подразненого кишечника: із закрепамми у 9 пацієнтів, з переважанням больового синдрому і метеоризму у 5 пацієнтів.

Таким чином, ожиріння сприяє розвитку не тільки кардіоваскулярної патології, цукрового діабету, неалкогольної жирової хвороби печінки, но і часто поєднується із різноманітними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, що потребує подальшого вивчення.

ЦИТОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ЦИТОФЛАВІНУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Квасницька О. Б.

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

Мета: вивчити цитопротекторну ефективність Цитофлавіну в комплексній терапії хворих на цироз печінки (ЦП).

Обстежено 17 пацієнтів на декомпенсований ЦП токсичної етіології віком від 34 до 52 роки з тривалістю захворювання 7-11 років. Діагноз верифікували на підставі загальноприйнятих клінічних, біохімічних, інструментальних методів дослідження. Всі пацієнти в процесі лікування були розділені на дві групи: I група (8 пацієнтів) отримувала традиційну терапію, а в II групі (9 пацієнтів) – додатково вводився внутрішньовенно Цитофлавін в дозі 10 мл на 20 мл 5% глюкози протягом 10 діб. Ефективність лікування оцінювали за традиційними клініко-лабораторними показниками. Паралельно в крові визначався рівень малонового альдегіду (МА), середньомолекулярних пептидів (СМП), оксиду нітрогену (NO) та вивчався функціональний стан нирок.

На початку лікування встановлено вірогідне збільшення в крові рівня СМП на 18%, МА на 44%, зниження рівня КФ в 3 рази при проведенні водного навантаження ($p < 0,01$) порівняно з віковою нормою та підвищення метаболітів NO в сечі ($p < 0,05$). Встановлений був також взаємозв'язок між рівнем в крові СМП та проявами астеновегетативного, цитолітичного синдрому та зменшенням діурезу ($r = 0,48-0,84$; $p < 0,05$). Аналіз результатів лікування на 12-14-й день показав вірогідне зниження рівня СМП та МА в II групі порівняно з I, що корелювало зі зниженням в крові ферментів цитолізу, рівнем білірубіну, креатиніну ($p < 0,05$), підвищенням рівня КФ при проведенні водного навантаження та нормалізацією рівня в сечі метаболітів NO. Клінічне покращення проявлялось зменшенням інтенсивності астеничного синдрому, нормалізацією сну, покращенням концентрації уваги при проведенні теста Рейтана, збільшенням діурезу.

Таким чином, використання в комплексній терапії декомпенсованого ЦП Цитовлафіну, який за рахунок своїх антигіпоксичних та антиоксидантних властивостей здійснює мембраностабілізуючий вплив на різні клітини організму, є перспективним в плані стабілізації патологічного процесу та профілактики поліорганної недостатності при цій патології.

ПАЦИЕНТ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ

Кириенко М. А., Молодан В. И., Просоленко К. А.
*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра внутренней медицины №1, Украина*

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки характеризующееся тяжелым диффузным язвенно-воспалительным поражением слизистой оболочки неспецифического характера. В базисную терапию НЯК включены следующие группы препаратов: производные 5-аминосалициловой кислоты (относятся к препаратам первой линии), глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры (применяются в качестве альтернативной терапии у гормонозависимых пациентов) и препараты биологической терапии. Целью проводимой терапии является достижение безстероидной ремиссии, предупреждения операции или распознавание своевременных показаний к хирургическому вмешательству. Тем не менее, не стоит забывать о таких понятиях как гормональная зависимость и гормонорезистентность, которые формируются у 20-30% больных с тяжелой формой НЯК.

В гастроэнтерологическое отделение ОКБ поступила женщина 46 лет с жалобами на боли по всему животу, усиливающиеся перед и после акта дефекации (спастического характера), вздутие и урчание в животе, периодическое повышение температуры до 37.5, постоянные поносы, учатившиеся в последнюю неделю (10 р/с) с примесью слизи и крови, резкая общая слабость, утомляемость. Была обследована, на основании анамнеза жизни (НЯК был поставлен в 1999г) и колоноскопии (неспецифический язвенный проктит (E1), средняя степень активности. Биопсия.) был установлен диагноз: неспецифический язвенный колит с преимущественным поражением дистальных отделов толстого кишечника, течение средней тяжести в стадии обострения. Больной было проведено лечение: диета №4, преднизолон 30мг (6 т), 4т п/з + 2т п/о – 25 дней, затем по убывающей схеме, сульфазалазин 500мг 2т 4р/д – 15 дней, затем по 1г 4р/д – 2 месяца, реосорбилакт 200мл в/в кап. – 8 дней, рабепразол 20мг 1т 2р/д за 20 мин до еды- 15 дней, затем 1т утром за 20 мин до еды – в течение всего периода приема преднизолона.

Таким образом, несмотря на значительный прогресс в понимании этиопатогенеза и клинических проявлений воспалительных заболеваний кишечника, их диагностика и лечение остаются актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. Важным является разработка эффективных терапевтических стратегий.

ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЩОДО ДЕРЖАВНИХ ПРОГРАМ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Коблянська А. В.

*ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»,
м. Київ*

Мета роботи – провести оцінку обізнаності медичних працівників стосовно державних програм в охороні здоров'я та підходів до визначення критеріїв їх ефективності.

Профілактика неінфекційної патології є однією з основних на сьогодні в світі, оскільки визнано наявність епідемії цієї групи захворювань. Критичною є ситуація і в Україні, обумовленою зростанням розповсюдженості, захворюваності, смертності від серцево-судинних, онкологічних захворювань, патології органів дихання та цукрового діабету. Для проведення дослідження нами було враховано рекомендації ВООЗ щодо Європейської ініціативи покращання здоров'я і підвищення рівня благополуччя та відповідно до програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020». Опитування проводилось серед фахівців, що працюють в різних медичних установах м. Києва: науковці, організатори охорони здоров'я, практичні лікарі тощо. Проведено аналіз розроблених анкет – Анкети № 1 «Анкета щодо аналізу існуючих методів оцінки якості виконання державних програм» та Анкети № 2 «Анкета щодо аналізу системи критеріїв та цільових орієнтирів виконання державних програм» – на основі «Короткого опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя» та «Якісних індикаторів для моніторингу досягнень цільових орієнтирів політики Здоров'я-2020», причому перевагу було віддано закритим або напівзакритим питанням.

Встановлено, що найбільша невизначеність стосовно Анкети № 1 стосувалась питань наявності в країні «національної / регіональної політики / стратегії охорони здоров'я, яка узгоджується з політикою Здоров'я-2020»; найбільша кількість опитаних підтримала за анкетною № 1 необхідність враховувати економічні, соціальні, екологічні та медичні показники (по 50,00 % позитивних відповідей на кожне питання). Загалом на питання Анкети № 2 вагались з визначенням власної думки близько 30,00 % опитаних; яскравим є той факт, що понад 50,00 % практично на кожне питання визначилися «Повністю згоден». Отримані результати можуть свідчити про високу обізнаність вибраних респондентів у відповідях на поставлені питання та необхідність подальшого поглибленого аналізу щодо оцінки якості загальнодержавних програм в сфері охорони громадського здоров'я. Попередній аналіз проведених анкетувань підтверджує користь оцінки державної політики за профілактичним напрямком, а це, в свою чергу, є підтримкою та гармонізацією політики в сфері охорони громадського здоров'я в Україні до політики Європейського Союзу.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ И ЦИТОКИНОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Ковалёва Ю. А., Шелест А. Н., Ломакина О. В., Шелест Б. А.,
Кожин М. И.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – изучить гемодинамические показатели и взаимосвязь состояния углеводного обмена, дислипидемии, уровней цитокинов у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне сахарного диабета (СД) 2-го типа.

Методы обследования. Обследовано 86 больных АГ II стадией в возрасте от 44 до 74 лет (мужчин – 42 %, женщин – 58%). Хроническая сердечная недостаточность была не выше IIА ст. У 52 пациентов с АГ выявлен СД. Структурные параметры сердца изучались на аппарате Philips HD11XE (США) по общепризнанной методике Эхо-импульсным методом с частотой ультразвука 7,5 МГц с определением: конечно-систолического и конечно-диастолического размера и объёма (КСР и КСО, КДР и КДО), фракции выброса (ФВ), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса относительной толщины стенки ЛЖ (2H/D). Определяли фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкин-6 и 10 (ИЛ-6, ИЛ-10) иммуноферментным методом набором реактивов «Протеиновый контур» (СПб, Россия). Также исследованы гликемический профиль, гликолизированный гемоглобин (HbA_{1c}), иммунореактивный инсулин (ИРИ) иммуноферментным методом с использованием тест-систем DRG Diagnostics (Германия, США) на аппарате Stat Fax 2100 (США). Показатели липидного обмена определяли ферментативным методом с использованием наборов фирмы ЗАО "Диакон – ДС" (Россия). Контрольную группу составили 20 лиц без признаков АГ и СД аналогичного возраста и пола.

Результаты и их обсуждение. Обнаружена связь систолической функции ЛЖ с состоянием углеводного обмена у больных АГ с СД. Определялась корреляционная зависимость ММЛЖ и её индекса с уровнем систолического артериального давления (САД) и ДАД, индекса массы тела (ИМТ) и иммунореактивного инсулина (ИРИ) плазмы. Выявлена положительная корреляция ИРИ как натощак, так и после пероральной нагрузки глюкозой с ММЛЖ и её индексом. По-видимому, связь уровня ИРИ, ММЛЖ и ИММЛЖ зависит от нескольких факторов: ИМТ, возраста больных, АГ и длительности её в анамнезе, что играет значительную роль в развитии гипертрофии миокарда ЛЖ и ремоделировании сердца. У больных с АГ и СД общий холестерин (ОХС), ИМТ, объём талии/объём бедра (ОТ/ОБ), САД и ДАД, триглицериды, глюкоза натощак, ИРИ-1, HbA_{1c}, ИММЛЖ, ФНО- α и ИЛ-6 находились в прямой зависимости и с увеличением таких показателей в группе больных АГ без СД.

Выводы. Гиперлипидемия, инсулинорезистентность и адаптивная гиперинсулинемия влияют на иммунную систему и способствуют развитию метаболических и иммунных нарушений, более выраженных у больных АГ с СД с повышенным индексом массы тела и которые могут непосредственно участвовать в прогрессировании АГ.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА УРОВНИ АПЕЛИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Коваль С. Н., Юшко К. А., Старченко Т. Г.

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

Цель. Изучить влияние различных комбинаций антигипертензивного лечения с включением блокатора ангиотензина олмесартана или ингибитора АПФ рамиприла на уровни апелина в сыворотке крови больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без него.

Материалы и методы. Всего обследовано 36 пациентов ГБ с СД 2 типа и 36 больных ГБ с нормальным углеводным обменом в возрасте от 45 до 69 лет до и после проведенного курсового комбинированного (12 недель) лечения. Антигипертензивная терапия проводилась двумя вариантами, которые включали сочетание олмесартана 20-40 мг/сут. (14 больных ГБ и 18 – ГБ с СД 2 типа) или рамиприла (12 больных ГБ и 14 – ГБ с СД 2 типа) с блокатором кальциевых каналов лерканидипином в дозе 10-20 мг/сут. на фоне гиполипидемической терапии. Антидиабетическая терапия проводилась больным ГБ с СД 2 типа и включала применение метформина (1000 мг/сут.). В группу контроля вошли 14 здоровых людей. Содержание апелина в крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты. Исходные уровни апелина при ГБ в случае ее сочетания с СД 2 типа составили (0,882(0,788;0,924) нг/мл), при ГБ без СД (0,886(0,846;0,937) нг/мл), что было достоверно ниже ($p < 0,01$ и $p < 0,001$, соответственно) в сравнении с контрольной группой – 1,097(0,944;1,171) нг/мл. В результате проведенного лечения с включением олмесартана выявлено достоверное повышение уровней апелина в крови у больных ГБ как без СД (с 0,896(0,839;0,919) нг/мл до 0,922(0,851;1,019) нг/мл, $p < 0,05$), так и при ГБ с СД 2 типа (с 0,899(0,841; 0,964) нг/мл до 0,989(0,904;1,085) нг/мл, $p < 0,01$). Применение в составе комбинированного лечения рамиприла не выявило достоверных изменений уровней апелина при ГБ, как при ее сочетании с СД 2 типа, так и без него. Кроме того, в случае применения олмесартана в отличие от рамиприла отмечалась достоверная негативная корреляционная связь апелина с показателями диастолического артериального давления у больных как ГБ без СД ($r = -0,65$, $p < 0,05$), так и у пациентов ГБ с СД 2 типа ($r = -0,73$, $p < 0,001$).

Выводы: Показано преимущество комбинации олмесартана с лерканидипином у больных ГБ независимо от наличия или отсутствия СД 2 типа, о чем свидетельствовало повышение апелина в крови и его корреляционная связь с уровнем ДАД.

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

Кожушко О. Ю., Бойцова А. В., Жижера Д. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити стан здоров'я та демографічні показники населення.

Стан здоров'я населення – постійне спостереження за показниками здоров'я населення України свідчить про його постійне погіршення. Кількість вперше встановлених випадків захворювань у 2015 році становила понад 73 тис. у розрахунку на 100 тис. населення і, порівняно із минулими роками, демонструє тенденцію до зростання. Найчастіше реєструються хвороби органів дихання, системи кровообігу, травми, отруєння. Дедалі більшого розповсюдження набувають стани та хвороби, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Впродовж 2014-2016 років кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, що перебували на обліку в медичних закладах, збільшилась на 25 тис. І світовий, і український досвід свідчить, що з погляду еволюційної екології людини якість людей за критеріями здоров'я дуже низька і продовжує знижуватися.

Україна має свої особливості демографічного розвитку: рівень смертності дуже високий і не знижується, а очікувана тривалість життя коротше, ніж у високорозвинених державах, також має місце зменшення кількості новонароджених, скорочення тривалості життя, постаріння населення, погіршення здоров'я нації.

Вивчаючи показники за останні 10 років по Україні, можна зробити висновок, що Україна має суттєве загострення демографічної ситуації. Підтвердженням цього факту є те, що протягом 2005-2014 рр. в умовах, коли на території України не було епідемій чи природних катаклізмів, чисельність населення нашої країни зменшилась на 3,9 млн. осіб. Результатом скорочення чисельності населення стає деформація всіх основних демографічних показників: тривалості життя, смертності, шлюбності, статево-вікової структури населення, еміграції, тощо в бік їх погіршення. Станом на 01.12.2016 р. чисельність постійного населення нараховувала 42,4 млн осіб, а також 42,6 млн осіб наявного населення.

Навіть якщо брати до уваги наявність декількох державних програм у галузі охорони здоров'я, кошти на їх виконання у державний бюджет на майбутні роки закладаються недостатньо. На сьогоднішній день рівень держвитрат на охорону здоров'я в Україні в розрахунку на душу населення в 9 разів менший за Середньоєвропейський показник, а враховуючи недоцільність використання розподілених на оздоровлення населення коштів, ситуація у цій сфері погіршується. Отже, питання покращення здоров'я населення, демографічної ситуації в країні та поліпшення умов життя населення має бути одним з найпріоритетніших завдань нашої держави на сьогодні.

БІОЛОГІЧНИЙ ВІК. СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ

Колеснікова О. В., Бенько О. Г., Грідасова Л. М.

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

Біологічний вік (БВ) є інтегральним показником рівня індивідуального здоров'я людини, що характеризує функціональні, регуляторні та адаптаційні особливості організму. Для визначення біологічного віку використовуються "батареї тестів" різного ступеня складності.

В основі одного з підходів визначення БВ лежить використання методів, що характеризують функціональний стан багатьох систем організму і взаємодій між ними. Серед них почесне місце займає "японський тест" статичного балансування (СТ). Тривалість балансування корелює з життєвою ємністю легень, тривалістю затримки дихання, силою м'язів кисті, антропометричними показниками, і з інтенсивністю бласттрансформації лімфоцитів периферичної крові, яка характеризує старіння і відбиває супутні порушення в імунній системі.

Найбільш широко відомий і частіше за інші використовується метод Войтенко, в якому оцінка БВ здійснюється на основі показників: маса тіла; артеріальний тиск: САТ, ДАТ, пульсовий тиск; проба Штанге (затримка дихання після глибокого вдиху); проба Генчі (затримка дихання після глибокого видиху); життєва ємність легень (ЖЄЛ); проба на СТ. Спрощений варіант методу проводиться без визначення ЖЄЛ і менш інформативний.

Інший підхід до оцінки БВ заснований на визначенні "молекулярного профілю" людини. З 185 продуктів метаболізму, що визначаються в сечі людини, не менше 60 змінюють свою концентрацію при старінні. Новітні діагностичні методики: хроматографія, мас-спектрофотометрія, ізоелектричне фокусування та ін. дозволяють визначати тисячі метаболітів в сироватці крові, сечі, видихуваному повітрі. Сутність методів полягає в граничному розчленуванні, "молекуляризації" показників старіння.

На сьогодні ключовим для проблеми БВ є пошук патогенетичних витоків, а не до нозологічних наслідків старіння. У такому контексті оцінка прогнозу життя та ймовірності смерті від всіх причин, а не від однієї з них, має переваги, проте вона пов'язана і з очевидними труднощами.

Останнім часом все більше уваги приділяють кореляції БВ з розвитком атеросклерозу і показниками стану судинної системи: ендотелію артеріальної стінки, жорсткістю артерій та інш. Розроблені апаратні методи визначення «судинного віку» (Vascular Aging). Найбільш простими, неінвазивними, майже скринінговими вважаються методи визначення судинного старіння за допомогою апарату АнгіоСкан (Росія), приладу Pulse Trace американської компанії Micro Medical.

Подальше вивчення і визначення судинного старіння дозволить діагностувати передчасне старіння, проводити ранню діагностику субклінічних форм атеросклерозу і виявлення осіб з високим ризиком розвитку ССЗ.

АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЕД ПАЦІЄНТИ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., *Висоцька О. В., Бенько О. Г.

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

**Харківський національний університет радіоелектроніки*

У наш час загально визнано, що епідемія неінфекційних захворювань в значній мірі пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних факторів ризику (ФР). При цьому фактори ризику, пов'язані зі способом життя людини, є загальними для основних неінфекційних захворювань (НІЗ). На підставі цих взаємозв'язків була створена концепція факторів ризику, що враховує експериментальні, клінічні і епідеміологічні дослідження що визначають фактори, пов'язані зі способом життя, навколишнім середовищем, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню цих захворювань.

Враховуючи актуальність проблеми моніторингу поведінкових факторів ризику був розроблений і апробований «Опитувальник для вивчення поведінкових факторів ризику». Постійно поповнюється і аналізується електронна база даних опитувальника.

Мета роботи. Проаналізувати дані опитування за факторами ризику розвитку НІЗ і виявити частоту зустрічальності основних ФР (куріння, ступеня фізичної активності, вживання свіжих фруктів і овочів).

Матеріали та методи. Для виявлення ФР використовувався «Опитувальник для вивчення поведінкових факторів ризику».

Результати. На даний момент в дослідженні взяло участь 4535 респондентів (2215 чоловіків і 2320 жінок). В ході дослідження було виявлено, що 8% респондентів не знає рівень свого тиску, а 20% опитаних виявилися курцями. Вивчення ступеня фізичної активності показало, що 31% досліджуваних в основному сидить на роботі, 25% ходить або піднімає і переносить невеликі важкості, 41% не працює, а 3% займається важкою фізичною роботою. При цьому свіжі фрукти щодня вживає 35% опитаних, кілька разів на тиждень - 49%, кілька разів на місяць – 14% і 2% кілька разів на рік. Свіжі овочі щодня вживають 49% респондентів, 42% кілька разів в тиждень, 7% кілька разів в місяць і 1% кілька разів на рік. При цьому готовність обговорювати з лікарем особливості свого харчування виявило 91% опитаних.

Висновок Створення постійно діючої інформаційної системи моніторингу факторів ризику і прогресування НІЗ дозволить оцінювати показники здоров'я населення (захворюваність, тимчасову непрацездатність, інвалідність, смертність), аналізувати поширеність поведінкових факторів ризику, контролювати рівень обізнаності населення в області профілактики і здорового способу життя і своєчасно модефікувати ФР які беруть участь в реалізації найбільш поширених НІЗ.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В РАННИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Колесникова Е. В., Яресько М. В., *Зайченко О. Е.

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

*Харьковский национальный медицинский университет

Ведущим механизмом развития атеросклероза у женщин является гормональный дисбаланс, наступающий уже на этапе перименопаузы. Согласно современным исследованиям, утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий является ранним и наиболее чувствительным признаком атеросклероза. Увеличение толщины интима-медиа (ТКИМ) находится в прямой зависимости от уровня повышения эндотелина в плазме крови у больных АГ, что подтверждает роль эндотелиальной дисфункции в формировании и прогрессировании процессов ремоделирования в сосудистом русле.

Цель: определить роль генетического полиморфизма -634G/C (rs2010963) гена VEGF-A в формировании ранних атеросклеротических изменений у женщин с гипертонической болезнью в сочетании с ожирением в перименопаузе.

Материалы и методы: обследовано 115 женщин с ГБ II стадии, 1-2 степени и ожирением I-II ст., 45-53 лет. В зависимости от менопаузального статуса: 45 женщин в пременопаузе, 50 женщин в менопаузе, и 20 практически здоровых женщин в пременопаузе, в качестве группы контроля. Исследование аллельного полиморфизма - 634 C>G (rs 2010963) гена VEGF-A проводили методом ПЦР. Выделение ДНК из цельной крови проводили с помощью набора реактивов для выделения ДНК из клинического материала "ДНК-сорб-В". Определение ТКИМ проводили ультразвукографическим методом с помощью комплекса медицинского диагностического ультразвукового «Vivid 3».

Результаты исследования: оценка ТКИМ показала, что среди женщин с генотипом GG показатель ТКИМ был значительно выше 1,12 [0,94; 1,19] мм по сравнению с женщинами с генотипом CC – 0,96 [0,91; 1,03] мм ($p < 0,05$). Там не было никаких существенных различий, сравнивающие результаты этих показателей у пациентов с генотипом CG - 1,02 [0,96; 1,11] мм ($p > 0,05$).

Выводы: было установлено, что показатели ТКИМ были значительно выше у пациентов с генотипом GG полиморфизма – 634 G/C (rs 2010963) гена VEGF-A в сравнении с генотипом CG и CC. Гомозиготное носительство G-аллеля гена VEGF-A можно рассматривать как ранний предиктор атеросклеротических изменений сонных артерий у женщин уже на этапе перименопаузы.

ГІПЕРЛЕПТИНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ПРОГРЕСУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Комір І. Р.

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

Мета дослідження: дослідити рівень лептину, його зв'язок з іншими біохімічними маркерами високого кардіоваскулярного ризику та визначити прогностичну цінність цього показника у хворих, що перенесли інфаркт міокарда (ІМ) на тлі ожиріння.

Матеріал і методи: обстежено 61 пацієнт (58 чоловіків та 3 жінки) у віці від 44 до 69 років, що перенесли гострий ІМ на тлі супутнього ожиріння, основна група та група порівняння – 59 пацієнтів (57 чоловіків та 2 жінок) у віці від 43 до 75 років, що перенесли гострий ІМ, але не мали ожиріння. Концентрації імунореактивного інсуліну натще, інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), високочутливого С реактивного протеїну (вчСРП), лептину в сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу з використанням стандартних наборів реагентів «БЕСТ» (Росія), «DiagnosticAutomationInc.» (США), „DRG InstrumentsGmbH”.

Результати: Ожиріння у хворих після перенесеного ІМ супроводжувалось вірогідним збільшенням ($p < 0,05$) частоти гіперлептинемії (79,3% проти 24,6%). Встановлено кореляційний зв'язок між гіперлептинемією та об'ємом талії (ОТ) ($R = 0,59$, $p < 0,05$), індексом маси тіла (ІМТ) ($R = 0,73$, $p < 0,05$), концентрацією інсуліну в сироватці крові натще ($R = 0,54$, $p < 0,05$), індексом НОМА $> 2,77$ ум.од. ($R = 0,41$, $p < 0,05$), ІЛ-6 ($R = 0,44$, $p < 0,05$), вчСРП ($R = 0,48$, $p < 0,05$) та ЕТ-1 ($R = 0,47$, $p < 0,05$). На протязі 6 місяців спостереження ми спостерігали 1 повторний ІМ, 1 транзиторну ішемічну атаку (ТІА), 5 випадків підвищення ФК стабільної стенокардії та 5 випадків підвищення ФК хронічної СН, зареєстровано 8 госпіталізацій та 1 операція реваскуляризації, всього 12 випадків несприятливих серцево-судинних подій. Таким чином, найбільша кількість серцево-судинних ускладнень серед хворих на перенесений ІМ та ожиріння у осіб з гіперлептинемією, які відрізнялись від таких же пацієнтів з нормолептинемією найбільш тяжкими серцево-судинними подіями (повторний ІМ, ТІА) та виникненням потреби у проведенні операції реваскуляризації і більшій кількості госпіталізацій підтвердили зв'язок гіперлептинемії з високим кардіоваскулярним ризиком.

Висновки. В групі хворих на ожиріння та перенесений ІМ саме гіперлептинемія в найбільшій мірі асоціювалась з головними патогенетичними механізмами прогресування атеросклерозу, що дозволило вважати її важливим предиктором ССЗ у цієї категорії пацієнтів.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КРИОЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ НЕФРИТЕ ХЕЙМАНА

Кондаков И. И., Репин Н. В., *Топчий И. И., Марченко Л. Н.,
Васькович А. М., *Кириенко А. Н.

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

Изучение иммунного механизма поражения почек на модели нефрита Хеймана (НХ), вызывающего изменения сосудов почечных клубочков, их морфологических и морфометрических показателей, представляют значительный интерес

Цель работы: изучить влияние введения криоэкстракта аллогенной плаценты (КЭП) на функциональные и морфологические показатели почек при экспериментальном НХ.

Материал и методы. Крысы-самцы 4-х месячного возраста были разделены на 3 группы: 1 – интактные; 2 – животные с моделью НХ; 3 – животные с моделью НХ, которым на 28 день после иммунизации 3 раза за неделю внутримышечно вводили КЭП. Животных 2-й и 3-й групп выводили из эксперимента на 45 и 60 сутки. Исследованы биохимические, функциональные и морфологические показатели почек на всех стадиях развития НХ и после введения КЭП.

Результаты и их обсуждение. У животных 2 и 3 группы на 28-е сутки возрастало количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в крови и иммунных депозитов на базальных мембранах клубочков, что сопровождалось нарушением их структуры и выделительной функции почек. Выявлены морфометрические различия в размерах клубочков в динамике НХ. Через 60 суток в ткани почек экспериментальных животных наблюдались признаки фокального мезангиального пролиферативного гломерулонефрита как при введении КЭП, так и без него. При введении КЭП отложения депозитов иммунных комплексов не обнаруживалось.

Выводы. При НХ на 28 сутки отмечено возрастание ЦИК в крови, отложение депозитов иммунных комплексов на базальных мембранах капилляров клубочков, сужение их просвета и пролиферация мезангиоцитов, что сопровождалось нарушением выделительной функции почек. Введение КЭП нормализовывало функцию почек, снижало к 45 суткам уровни комплемента и ЦИК до показателей нормы.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КВЕРЦЕТИНУ СЕРЕД ХВОРИХ НА ПОДАГРУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кондратюк В. Є., Никула Т. Д., Синиця Ю. П.

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

Мета: оцінити ефективність застосування кверцетину при лікуванні хворих на подагру з артеріальною гіпертензією (АГ) та зробити прогноз щодо подальшого використання його підтримуючих доз.

Матеріали та методи: в дослідження було включено 62 хворих на подагру з АГ чоловіків, що після 6-тижневого базисного лікування (алопуринол 300 мг, лозартан 100 мг та амлодипін 10 мг) не змогли досягти цільового рівня сечової кислоти (СК) – основна група. Середній вік пацієнтів складає $56,8 \pm 0,9$ років, індекс маси тіла – $30,9 \pm 0,4$ кг/м², тривалість подагри – $6,3 \pm 0,3$ років, тривалість АГ – $6,5 \pm 0,3$ років. Усім хворим до базисної терапії було добавлено кверцетин в дозі 2 г тричі на день протягом 6 тижнів, з наступним переходом – по 2 г на добу до 12 тижнів. Група контролю складала 20 хворих на подагру з АГ, що знаходилися лише на базисній терапії. Групи співставленні за віком, тривалістю основної та супутньої патології. Хворим вимірювали офісний артеріальний тиск та визначали сироватковий рівень СК через 6 і 12 тижнів терапії. Статистичну обробку даних проводили за допомогою STATISTICA 8.0.

Результати: в основній групі середній рівень СК крові достовірно ($p < 0,001$) знизився з $523,3 \pm 13,2$ мкмоль/л до $469,6 \pm 11,2$ мкмоль/л (через 6 тижнів) і до $371,1 \pm 5,6$ мкмоль/л (через 12 тижнів). У контрольній групі рівень СК знизився менш виразно - з $511,7 \pm 3,1$ мкмоль/л до $483,4 \pm 4,2$ мкмоль/л і до $452,7 \pm 5,7$ мкмоль/л (відповідно на 6 і 12-му тижні). На фоні гіпоурикемічного ефекту спостерігалось зниження середньодобового систолічного артеріального тиску (ССАТ) та діастолічного (СДАТ) в обох групах, але в основній – ССАТ через 6 тижнів зменшився від $147,5 \pm 1,9$ мм рт. ст. до $143,7 \pm 1,3$ мм рт. ст., через 12 тижнів – до $138,3 \pm 1,3$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). Рівень СДАТ зменшився від $95,4 \pm 1,4$ мм рт. ст. до $89,4 \pm 1,1$ мм рт. ст. на 6-му тижні та до $84,4 \pm 0,8$ мм рт. ст. на 12 тижні лікування ($p < 0,001$). У контрольній групі достовірного зниження ССАТ і СДАТ не спостерігалось.

Базуючись на середніх значеннях показника СК у крові, були розраховані прогнозовані рівні показника за період від 12-го до 18-го тижня лікування. Темп приросту СК за визначений період складає (- 16,7 %). За умови продовження терапії кверцетином ще на 6 тижнів прогнозований рівень СК крові складатиме 308,9 мкмоль/л.

Висновки: у хворих на подагру з АГ додавання до комплексної терапії кверцетину демонструє підсилення базисної антигіпертензивної та гіпоурикемічної ефективності, що за прогнозом на 18-тиждень лікування може призвести до досягнення цільових рівнів АГ та урикемії.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

Коненко И. С., Дементий Н. П., Старикова Л. М., Шантырь Л. И.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Цель: изучить соноэластографические параметры печени и селезенки у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП).

Материалы и методы. Обследовано 34 пациента с ХДЗП, распределенные в зависимости от этиологического фактора на 2 группы. I группу составили 25 больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), II – 9 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС). В контрольную группу вошли 15 здоровых лиц. УЗ исследование проводилось на сканерах экспертного класса Xario SSA 660A (Toshiba, Япония) и Ultima PA (Харьков, Украина) с применением сдвиговолновой эластографии конвексным датчиком 3,0 – 7,0 МГц и использованием мультимодального УЗ сканирования в режиме реального времени по стандартной методике.

Результаты. У 86,8% больных наблюдалось достоверное увеличение размеров печени преимущественно за счет правой и хвостатой долей, среди них 24 (85,7%) пациента I группы и все больные с ХГС ($p < 0,05$). Средние значения длины селезенки (ДС) у пациентов I группы составили $(112,3 \pm 2,3)$ мм, у больных II группы – $(111,6 \pm 2,4)$ мм ($p < 0,05$). В группе с ХГС ширина селезенки (ШС) была в 1,9 раз больше аналогичного показателя контрольной группы: $(45,2 \pm 1,2)$ мм и $(38,7 \pm 2,1)$ мм, соответственно ($p < 0,01$). Повышение эхогенности печени было у 32 (94,1%) больных – у 23 (92,0%) пациентов I группы и 9 (100,0%) – II. В группе с НАЖБП мелкозернистая структура печени встречалась в 4,5 раз чаще, чем в группе с ХГС ($p < 0,05$). Слабая визуализация печеночных вен регистрировалась у 80,0% пациентов I группы, что было в 2 раза чаще, чем у больных с ХГС. У пациентов I и II групп наблюдалось повышение жесткости паренхимы селезенки по сравнению с контрольными значениями: $24,66 \pm 1,31$ кПа и $15,87 \pm 1,47$ кПа, соответственно ($p < 0,001$).

Выводы. По данным сонографического исследования у большинства больных с ХДЗП регистрировалось увеличение размеров печени, сопровождающееся повышением эхогенности, слабой визуализацией печеночных вен, структурными изменениями паренхимы, дистальным затуханием ультразвука в сочетании с повышением жесткости паренхимы печени и селезенки. Комбинация данных показателей может использоваться в диагностике ХДЗП как неинвазивный маркер стеатоза печени.

**ВИВЧЕННЯ ВІДСТОКУ ПОМИЛКОВИХ ДІАГНОЗІВ
ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ
БЕЗ ГІСТОЛОГІЧНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ДІАГНОЗУ ПРИ СИНДРОМІ
ВНУТРІШНЬОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ**

**Конік Б. М., Опанасенко М. С., Кшановський О. Е., Шалагай С. М.,
Леванда Л. І., Загаба Л. М.**

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

Вступ. Синдром внутрішньолегеневої дисемінації (СВЛД) є серйозною медичною проблемою в клінічній пульмонології внаслідок стертості і неспецифічності клінічних проявів, відсутності чітких патогномонічних симптомів, недостатньої інформативності різноманітних рентгенологічних методів дослідження. В Україні зустрічаються непоодинокі випадки призначення хворому так званого «пробного лікування». І лише після тривалої неефективної терапії і погіршення клініко-рентгенологічних і лабораторних показників розглядається питання виконання хворому біопсії легені.

Мета роботи. Вивчити відсоток помилкових діагнозів при застосуванні консервативної терапії без гістологічної верифікації діагнозу при наявності СВЛД.

Матеріали і методи. Був проведений аналіз 210 історій хвороб пацієнтів із СВЛД, яким виконувалась біопсія легені. Пацієнти були розділені на 2 клінічні групи в залежності від того, чи співпадав діагноз при поступленні з остаточним діагнозом, встановленим після морфологічного дослідження біоптатів легені чи ні.

Результати. Аналізуючи дані, отримані при виконанні даної роботи, було отримано наступні результати:

- рівень неспівпадіння клінічного і патогістологічного діагнозів при синдромі внутрішньо легеневої дисемінації склав 58,6 %;
- серед всіх помилково встановлених діагнозах при синдромі внутрішньо легеневої дисемінації найчастіше встановлювався діагноз саркоїдозу легень – 70,7 %;
- найчастіше необґрунтовано діагноз саркоїдозу був встановлений хворим з онкопатологією – 27 (22,0 %) випадків.

Висновок. В умовах запланованого впровадження страхової медицини та європейських стандартів лікування все більш актуальними стають принципи доказової медицини, що декларують обов'язкове точне встановлення діагнозу, як необхідної умови ефективного і якісного лікування.

Робота виконана за кошти держбюджету.

СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ sST2 У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Копица Н. П., Петюнина О. В.

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

Цель работы – изучить степень влияния различных факторов на уровень sST2 у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 65 пациентов инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST, из них мужчин – 54(83,1%), женщин – 11 (26,9%). Средний возраст больных составил ($57\pm 3,5$) лет. Исследование проводилось в течение 1 суток после реваскуляризации инфаркт-зависимой артерии методом стентирования. Определяли sST2 иммуноферментным методом, его уровень считали нормальным менее 35 нг/мл.

Результаты. Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем sST2 и ЧСС ($r=0,25$, $p=0,05$), конечно-диастолическим диаметром левого желудочка ($r=0,31$, $p=0,03$), конечно-систолическим диаметром левого желудочка ($r=0,38$, $p=0,007$) и отрицательная – с фракцией выброса ($r=-0,48$, $P=0,0001$). Согласно полученной достоверной регрессионной модели ($p<0,05$) у больных STEMI наличие повышенного уровня sST2 обусловлено влиянием таких факторов, как фракция выброса (20,64 %, $p=0,0001$), наличием стабильной стенокардии до индексного события (11,03 % $p=0,01$), женского пола (9,96 % $p=0,01$), снижением ХСЛПВП (8,54 % $p=0,05$) и повышением креатинина (7,83 % $p=0,046$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об участии sST2 в раннем ремоделировании левого желудочка после инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST. Использование пошагового регрессионного анализа позволяет комплексно оценить степень влияния различных клиничко-анамнестических данных на уровень sST2.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ У ТКАНИНАХ СЕЛЕЗІНКИ НЕЛІНІЙНИХ МИШЕЙ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЕРЛІХІОЗОМ

Костиря І. А., Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А., Похил С. В.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ»,

Харківський національний медичний університет МОЗ України,

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Мета роботи: здійснити морфологічне обґрунтування клінічного перебігу експериментального ерліхіозу у нелінійних мишей. За для досягнення об'єктивізації запланованого дослідження застосовували комплекс морфологічних методів: макромікроскопічні, гістологічні, ультрамікроскопічні. У результаті аналізу отриманих препаратів біологічного матеріалу встановлено, що субкапсулярний компонент органу окреслений неконтрастно, з характерними ознаками розшарування та розм'якнення, сполучнотканинної строми, має прозоре забарвлення.

Біла пульпа селезінки нещільна, представлена сукупністю лімфоїдних муфт дистального та проксимального розташування; розгалуженим фолікулярним апаратом, судинними комплексами. На збільшенні (x300; x600) чітко диференційовані ознаки гіперплазії маргінальних зон, що відбувалась, головним чином, за рахунок лімфоїдного клітинного компоненту (В-лімфоцити, подекуди плазматичні клітини, моноцити, макрофаги з ознаками фагоцитозу клітинних фрагментів неясного генезу). Мантійні зони дещо розрізнені, у окремих ділянках піддаються розшаруванню, незначній руйнації (не виключено- за рахунок активації деструктивно-дегенеративних процесів). Зазначені фрагменти структур гіпопластичні, просвітлені, що відповідним чином фіксують отримані препарати. Судини добре контрастовані за всіма елементами, з виразною морфологічною композицією, розгалужені. У окремих ділянках реєструються локальними мальформаціями. Дефекти шарів стінок, десквамації ендотелію, призводять до формування локальних вогнищ тромбозу, стазів, що призводить до порушення локального кровообігу, місцевої ішемії та виразних змін у трофіці означених фрагментів. Мікроскопічно зафіксована поява мегакаріоцитів у стані виразної секвестрації та поруч із ними чисельні скупчення тромбоцитів. Активний діapedез еритроцитів спонукає паравазальні крововиливи локального характеру. Синуси червоної пульпи спалі, містять незначну кількість еритроцитарного пулу, у периферичних зонах чітко обмежені сполучнотканинними компонентами трабекул. Отвори малих та середнього калібру синусів позначені еритроцитарні тромби, діагностуються феномени сладжування, утворення «монетних стовбчиків». На окремих препаратах біологічного матеріалу стінки синусів витончені з крапельними інтратрабекулярними крововиливами.

Субмікроскопічно: на ультратонких зрізах загальний клітинний пул повноцінний. Гранулоцитарний та агранулоцитарний компоненти з ознаками гіперхроматозу, базо- та еозинофільної зернистості, вакуолізації цитоплазми, локальними деструкціями мембранних структур. Спостерігаються каріорексис, пікноз ядер з наступним лізісом компонентів останнього.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ТЕНАСЦИНА С У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити зв'язок між тенасцином С та ліпідним обміном у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні обстежено 100 пацієнтів, серед яких 37 жінок та 63 чоловіків. Усіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (серед них – чоловіків 31 осіб, жінок 29 осіб); порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ без ЦД 2 типу (22 чоловіків і 18 жінок); контрольну групу – 20 осіб (серед них 11 чоловіків та 9 жінок). Контрольну групу склали практично-здорові особи. Імуноферментним методом визначали вміст тенасцину С з використанням набору реагентів «Human Tenascin-C Large (FNIII-C)» (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan). Показники ліпідного профілю визначалися за стандартною біохімічною методикою. Статистична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010, Statistica 6,0. Для встановлення кореляційних зв'язків використовували коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результати дослідження. Рівень тенасцину С на 1-2 добу у хворих на ГІМ та ЦД 2 типу склав $18,64 \pm 1,28$ нг/мл та без ЦД 2 типу – $20,12 \pm 1,48$ нг/мл порівняно з групою контролю $-14,93 \pm 0,97$ нг/мл ($p < 0,05$). Виявлено зниження рівня тенасцину С на 39% ($p = 0,0001$) порівняно з хворими на ГІМ без ЦД 2 типу. Відмінним є те, що у хворих на ГІМ без ЦД 2 типу є негативний зв'язок між тенасцином С та ліпопротеїдами дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) – $r = -0,62$ ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, в результаті дослідження виявлено кореляційні зв'язки у хворих на гострий інфаркт міокарда залежно від наявності цукрового діабету 2 типу між тенасцином С та ХС ЛПДНЩ, що свідчить про активність системи компонентів міжклітинного матриксу та зміни ліпідного обміну.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛІПІДНОГО ОБМІНУ З КОМПОНЕНТАМИ МІЖКЛІТИННОГО МАТРИКСУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М. Ю., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити взаємозв'язок між компонентами міжклітинного матриксу та ліпідним обміном у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні обстежено 100 пацієнтів, серед яких 37 жінок та 63 чоловіків, котрі перебували на стаціонарному лікуванні в інфарктовому відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27 (клінічна база кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України) та в першому кардіологічному відділенні Центральної клінічної лікарні Укрзалізниці. Всіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (серед них – чоловіків 31 осіб, жінок 29 осіб); порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ з відсутністю ЦД 2 типу (22 чоловіків і 18 жінок); контрольну групу – 20 осіб (серед них 11 чоловіків та 9 жінок). Контрольну групу склали практично-здорові особи. Імуноферментним методом визначали вміст матриксної металопротеїнази-13 (ММП-13) за допомогою набору реагентів «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA), тканинний інгібітор металопротеїнази-4 (ТІМП-4) з використанням набору реагентів «Human TIMP-4» (R&D Systems, Minneapolis, USA). Показники ліпідного профілю визначалися за стандартною біохімічною методикою. Статистична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010 та Statistica 6,0. Для встановлення кореляційних зв'язків використовували коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результати дослідження. У хворих на ГІМ та ЦД 2 типу відбувається достовірний зв'язок між ліпопротеїдами високої щільності – $r=-0,31$ ($p<0,05$) та ММП-13; між коефіцієнтом атерогенності – $r=0,31$ та ММП-13 ($p<0,05$). У хворих на ГІМ та ЦД 2 типу спостерігається прямий зв'язок між ТІМП-4 та ліпопротеїдами дуже низької щільності – $r=0,59$ ($p<0,05$).

Висновки. Зміни в ліпідограмі в умовах підвищеного рівня компонентів міжклітинного матриксу може призвести до нестабільності атеросклеротичної бляшки і як наслідок цього, розвиток гострого інфаркту міокарда.

ЗВ'ЯЗОК АДИПОЦИТОКІНЕМІЇ З ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ

Кравчун П. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: встановити наявність зв'язків між адипоцитокінемією й ехокардіографічними показниками у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням.

Об'єкт і методи дослідження. Відповідно до мети та задач дослідження проведене комплексне обстеження 71 хворого з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом (ЦД) 2 типу й ожирінням. Вміст васпіну в сироватці крові хворих визначали імуноферментним аналізом з використанням набору реактивів Human/Mouse/Rat Vaspin Enzyme Immunoassay Kit виробництва фірми «RayBio®» (Грузія). Для визначення рівня оментину був застосований імуноферментний аналіз з використанням комерційної тест-системи Human Omentin-1 ELISA виробництва фірми «BioVendor» (Чеська Республіка).

Усім хворим проводили загально клінічні та інструментальні обстеження. Ехокардіографічні дослідження проводили за стандартною методикою Фейгенбаум Х. на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). У М-режимі визначали наступні параметри лівого шлуночка (ЛШ): кінцевий діастолічний розмір (КДР) (см), кінцевий систолічний розмір (КСР) (см), товщину задньої стінки (см), товщину міжшлуночкової перетинки (см). Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) і систолічний об'єм (КСО) (мл) ЛШ розраховували за методом Simpson (1991), після чого обчислювали фракцію викиду ЛШ.

Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0.

Результати. Кореляційний аналіз не виявив достовірних зв'язків васпіну з структурно-функціональними параметрами міокарда ($p > 0,05$), проте, оментин мав вірогідний зворотній зв'язок з КДО ($r = -0,30$, $p < 0,05$), КСО ($r = -0,34$, $p < 0,05$), КДР ($r = -0,27$, $p < 0,05$) та КСР ($r = -0,34$, $p < 0,05$) ($p < 0,05$).

Висновки. Рівень оментину у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, ЦД 2 типу й ожирінням зворотно корелює з кінцевими діастолічним та систолічним розмірами й об'ємами, що відповідають за збільшення розмірів та порожнин серця за рахунок постінфарктного ремоделювання.

ГИПОМАГНИЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Крапивко С. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оценить влияние гипомагниемии на течение артериальной гипертензии у больных с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Было обследовано 98 больных с хронической сердечной недостаточностью, из них 68 больных с сахарным диабетом 2 типа (СД). Критерием включения пациентов в исследование являлось наличие хронической сердечной недостаточности (ХСН) I, II или III функциональных классов (ФК) по классификации Нью-йоркской кардиологической ассоциации (NYHA). Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек. Среди обследованных пациентов было 41 (41,8%) мужчин и 57 (58,2%) женщин. Среди обследуемых артериальная гипертензия отмечалась у 68% больных. Больные были разделены на группы. В первую группу вошли пациенты с ХСН и СД 2 типа (n=68), во вторую группу вошли пациенты с ХСН без СД 2 типа (n=30). Все пациенты получали стандартную терапию ХСН и СД, первая группа дополнительно получала магния оротат 1000мг.

Результаты. При сравнении групп пациентов наблюдались следующие показатели – систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД) были достоверно выше у пациентов первой группы. Достоверной разницы уровня магния в крови не было выявлено. Но, у пациентов первой и третьей группы отмечалась гипомагниемия – $0,71 \pm 0,02$ ммоль/л и $0,64 \pm 3,1$ ммоль/л соответственно; у пациентов второй группы магний был в пределах нормы ($N = 0,74 \pm 1,2$). После лечения у пациентов с ХСН и СД 2 типа, получавшие магния оротат, отмечается достоверное повышение содержание магния в сыворотке крови на 21,1%, а так же снижение САД на 25,8%, ДАД на 17,44%, снижение ЧСС на 15,6%, в сравнении с пациентами с ХСН и СД 2 типа, не получавшими магния оротат, у которых показатели магния, АД и ЧСС изменились не значительно. Так же была отмечена обратная корреляционная зависимость уровня САД и индекса массы тела (ИМТ), глюкозы крови. При уровне глюкозы крови $<6,5$, ИМТ составляет $27,13 \pm 0,57$ (n=29), при уровне глюкозы $>6,5$ ммоль/л, ИМТ равняется $29,16 \pm 0,46$.

Выводы. Доказано, что у больных с ХСН и СД 2 типа дефицит магния более выражен (на 12%), чем у больных с ХСН без СД 2 типа и уровень магния крови, равный $0,74 \pm 1,2$ ммоль/л, ассоциируется с нормализацией показателей кардиогемодинамики.

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ
ЛЕГЕНІВ ТА СУПУТНЮ ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЯЖКОСТІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО
АПНОЕ СНУ ТА БАЗИСНОЇ БРОНХОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Крахмалова О. О., Шторх В. В., Колеснікова О. М., Гетман О. А.

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

Мета – оцінити тяжкість СОАГС та клініко-функціональні показники у пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою ІХС на тлі різних схем бронхолітичної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 66 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС. У залежності від вибору базисного бронхолітика усіх пацієнтів було розподілено за двома групами. Щоб оцінити вплив СОАГС на перебіг захворювань ХОЗЛ та ІХС, кожна з груп була розділена за важкістю апное (АHI або RDI) . Діагностичний алгоритм складався з загальноклінічного обстеження, проведення спірометрії, тесту з 6-хвилинною ходою, з вимірюванням сатурації кисню до та після проходження дистанції, оцінки результатів опитувальників Борга та mMRC. Для виявлення порушень дихання під час сну використовували скринінгову кардіо-респіраторну систему – SOMNOcheck мікро.

Результати та обговорення. На тлі проведеного бронхолітичного лікування (стосовно критеріям GOLD) впродовж 12 місяців було виявлено, що у пацієнтів із ХОЗЛ та ІХС клініко-функціональні показники вірогідно нижче при наявності СОАГС середнього та важкого ступенів, а також мають більш високий показник індексу маси тіла незалежно від вибору базисного бронхолітику. У пацієнтів, що приймали М-холінолітик тривалої дії, кількість загострень в динаміці лікування мала тенденцію до зменшення, особливо при наявності легкого ступеня СОАГС ($p < 0,1$). Ступінь бронхіальної обструкції за показником ОФВ1 мала тенденцію до погіршення у хворих із групи β_2 -агоністу незалежно від ступеня тяжкості СОАГС, тоді як в групі М-холінолітику погіршення не відбувалося. На тлі лікування М-хлінолітиком тривалої дії зареєстровано позитивну динаміку параметрів СОАГС, а саме: зменшення індексу пробудження за рахунок респіраторних подій і підвищення показника мінімальної сатурації кисню уві сні.

Висновки. Тяжкість синдрому апное/гіпопное сну корелює з клінічним перебігом ХОЗЛ і ІХС, так чим більше індекс апное-гіпопное сну, тим гірше клініко-функціональні показники. Було помічено, що в групі, яка приймала бета-2-агоністи цей негативний вплив виражено більше, ніж в групі, яка перебувала на лікуванні М-холінолітиками.

Призначення М-холінолітику тривалої дії в якості базисної терапії ХОЗЛ є доцільним у пацієнтів із супутньою ІХС та наявністю СОАГС.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ РЕПАРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кремзер А. А.

Медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Циркулирующие эндотелиальные прогениторные клетки (ЭПК) принимают активное участие в репарации васкулярного эндотелия и поддержания эндотелиальной функции. **Целью исследования** явилась оценка взаимосвязи между содержанием мочевого кислоты в крови и уровнем циркулирующих ЭПК у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

В исследовании приняли участие 126 больных с ХСН. Содержание NT-про-мозгового натрийуретического (МНУП) и мочевого кислоты в крови было измерено иммуноэлектрохемилюминисцентным и энзиматическим методами соответственно в начале исследования однократно. Фенотипирование популяций ЭПК осуществлялось методом проточной цитофлуориметрии с помощью моноклональных антител, меченными флуорохромами FITC (флуоресцеин изотиоцианат) или двойной меткой FITC/PE (фикоэритрин) по методологии High-Definition Fluorescence Activated Cell Sorter.

Результаты. Концентрация мочевого кислоты были распределены на квартили (Me; межквартильный интервал): квартиль I = 20,11 (19,06; 22,33) ммоль/л; квартиль II = 27,53 (23,2; 31,10) ммоль/л; квартиль III = 35,80 (32,0; 39,0) ммоль/л; квартиль IV = 44,9 (40,00; 49,60) ммоль/л. Установлена ассоциация мочевого кислоты в крови с количеством проангиогенных ЭПК с фенотипами CD14⁺CD309⁺ ($r=-0,388$; $P=0,001$) и CD14⁺CD309⁺Tie2⁺ ($r=-0,414$; $P=0,001$). При использовании пропорциональной модели Кокса установлено, что пациенты с верхним квартилем концентрации мочевого кислоты по сравнению с низкими квартилями имеют более высокий риск снижения циркулирующего уровня ЭПК с фенотипами CD14⁺CD309⁺ и CD14⁺CD309⁺Tie2⁺. При этом точка разделения концентрации мочевого кислоты с оптимальным соотношением чувствительности и специфичности в отношении снижения ЭПК с фенотипами CD14⁺CD309⁺ и CD14⁺CD309⁺Tie2⁺ составляет 31,5 ммоль/л.

Вывод. Циркулирующий уровень проангиогенных ЭПК с фенотипами CD14⁺CD309⁺ и CD14⁺CD309⁺Tie2⁺ у пациентов с ХСН снижается пропорционально повышению концентрации мочевого кислоты в крови.

СТРУКТУРНІ МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЛАЦЕНТИ

Кривенко В. М., Грищенко М. І., Торяник І. І., Грищенко В. М.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
КЗОЗ «Богодухівська центральна районна лікарня»*

Серед чисельних функцій плаценти головною є забезпечення розвитку антигенно чужорідного для материнського організму зародка та оптимального перебігу процесу пологів. У зазначеному контексті плацента забезпечує трофічну, фільтраційну функції, їй властива утилізація відпрацьованих речовин, дезінтоксикація. Цей орган відіграє провідну захисну функцію для зародка/плода. Цікавою особливістю плаценти є її неперевершена динаміка, що реагує на мінімальні зміни у потребах зародка та з його розвитком визначає структурні перебудови у власній організації. Останнє зумовлює принципові труднощі морфофункціональної діагностики хронобіології органу, насамперед, за умов патології. Ось чому кардинальними питаннями морфології плаценти є чітка диференціація фізіологічного стану органа та його інфекційної патології. З метою об'єктивізації питань, що стосуються вивчення структурних маркерів функціонального стану плаценти, проводили аналіз морфологічних змін у органі за умов норми та інфекційної патології. Одним із таких маркерів вважають явища лімфоплазмоцитарної інфільтрації, що можна тлумачити як прояви місцевих імунних реакцій на інфекційний процес чи запалень, що є потенційною загрозою відторгнення плаценти. Іншою специфічною рисою диференційного ресурсу залишається поява нейтрофільних інфільтратів. Для плаценти зазначена ознака свідчить на користь гіпоксії органу (типова реакція як і для інших органів). З іншого боку, такі зміни мають повне право на кваліфікацію запальних процесів бактеріального генезу. Як відомо, лейкоцитарні інфільтрати здатні утримувати мікроорганізми. Певний дуалізм інтерпретацій містить положення щодо появи еозинофілів, які можна розглядати у ролі ознак запалення та водночас – маркера конфлікту між материнським організмом та зародком. Окреме місце у такому списку належить появі фібрину чи фібриноїду. Навпаки, зосередження фібрину та фібриноїду на поверхні ворсин у зонах контакту структурних компонентів органу із материнською кров'ю, розцінюється як перешкода для масованого проникнення антигенів. Наявність фібрину у міжворсинчастому просторі свідчить щодо порушень у зсіданні крові (оскільки у нормі згортання крові має низький індекс). Подвійна інтерпретація властива для явищ атрофії інволюційної, насамперед. У розвитку цих процесів провідна роль належить факторам здійснення генетичної програми життєвого циклу органу, так як інволюційна атрофія співвідносна до певних вікових періодів. Не меншого значення мають гормональний контроль та екзогенні фактори, що прискорюють перебіг інволюційної атрофії.

ВЛИЯНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ КЛЕТОК КОРДОВОЙ КРОВИ НА МОРФОЛОГИЮ СЕЛЕЗЕНКИ В УСЛОВИЯХ ИММУНОСУПРЕССИИ

Кудокоцева О. В., Волина В. В., Ломакин И. И.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков*

Цель работы – исследование морфологических особенностей селезенки под воздействием фторурацила (ФУ), моделирующего состояние иммуно- и гемосупрессии, и криоконсервированных ядродержащих клеток кордовой крови (кЯСК КК) в качестве иммунокорректора широкого спектра действия.

Особенностью лечебной практики последних десятилетий стало возрастание числа заболеваний, в основе которых лежит развитие вторичных иммунодефицитных состояний. Учитывая, что иммунный аппарат селезенки имеет более сложное строение, чем другие периферические органы иммунной системы, а также высокую чувствительность к различным воздействиям экзогенной и эндогенной природы, было проведено исследование морфологических особенностей селезенки под воздействием ФУ. Эксперименты выполнены на мышах линии СВА в соответствии с «Общими принципами экспериментов на животных» (Киев, 2013). Иммуносупрессию моделировали однократным внутрибрюшинным введением препарата 5-ФУ в максимально переносимой дозе 228 мг/кг. Через 3–4 ч после ФУ мышам внутривенно вводили кЯСККК человека в дозе 5×10^8 жизнеспособных кЯСК/кг. Животных выводили из эксперимента на 2, 7, 10 и 16-е сутки путем декапитации. Фрагменты селезенки фиксировали в 10% нейтральном формалине, срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Показано, что под влиянием ФУ в селезенке мышей на протяжении всего периода наблюдения (16 сут) были выявлены прогрессирующие изменения, характерные для поражения токсическими веществами, а именно – полнокровие, экссудация и инфильтрация лейкоцитами пульпы селезенки; скопления макрофагов с фагоцитированными лимфоцитами или их фрагментами; дегенеративные и некротические изменения со стороны тканевых элементов пульпы и фолликулов. Обнаружена высокая степень реактивности селезенки мыши в ответ на введение кЯСККК, обусловленная иммуностимулирующим действием препарата. Введение кЯСК КК приводило к структурным преобразованиям селезенки уже на 2 сут. наблюдения и способствовало нормализации ее строения уже к 10 сут. после токсического поражения антимаетаболитом ФУ.

Таким образом, можно говорить о позитивном воздействии кЯСККК на процессы коррекции деструктивных изменений, вызванных цитостатическим действием ФУ, в селезенке мышей.

СТАН ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Кудрявцева В. Є., Діденко В. І., Татарчук О. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета дослідження: вивчення стану прозапальних цитокінів при патології гепатобіліарної системи, особливо при гепатитах, у зв'язку із станом жирно-кислотного обміну.

Матеріали і методи: Обстежено 38 хворих на хронічні дифузні захворювання печінки. У I групу увійшли 10 хворих на хронічний вірусний гепатит С. У II групу – 28 хворих з неалкогольною жирною хворобою печінки. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

ІЛ-6, ІЛ-10, ФНП-б, інсулін визначали імуноферментним методом. Дослідження проводили відповідно інструкцій для кожного тест – набору. В роботі використовували набори реактивів фірми «Вектор-БЕСТ» (Росія) – для визначення кількості ФНП -б, ІЛ-6, ІЛ-10 та «DRG» (Германія) – для визначення інсуліну в сироватці крові.

Результати дослідження: Проведені дослідження показали, що концентрація ІЛ-6 та ІЛ-10 в обох групах хворих не відрізнялась від контрольних значень, а також між собою.

Проведені дослідження показали, що концентрація TNF-б у I та II групах була вірогідно вищою у порівнянні з групою контролю, ($p < 0,05$). Так, у I групі цей показник – (8(4;35)) значно перевищував референтні значення контрольної групи (0,5(0,1;3,8)), у II групі концентрація TNF-б була також високою (45,5(13;58)), але в майже в п'ять разів вищою, ніж у I групі. Найвищі показники TNF-б свідчать про значні зміни системи імунної відповіді при цьому захворюванні, так як відомо, що ступінь підвищення вмісту даного цитокіну в сироватці крові корелює з тяжкістю захворювання, крім того, слід брати до уваги також рівень патоморфологічної активності та біохімічних перетворень, які відбуваються в організмі в умовах перебігу запального процесу в паренхімі печінки. При розвитку сприятливого результату концентрація TNF-б знижується, тому дослідження сироваткової концентрації даного цитокіну в динаміці може використовуватися для оцінки прогнозу в комплексі з іншими показниками.

Таким чином, пов'язаний з ожирінням стеатоз печінки обумовлений підвищеним виділенням запальних цитокінів гепатоцитів, і збільшеним рівнем інсуліну. Виділені запальні цитокіни гепатоцитів активізують клітки Купфера, і ймовірно грають основну роль у формуванні стеатогепатита із стеатоза. Тучність же сприяє прозапальному виділенню цитокінів і формуванню запального процесу в печінці.

**ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ТА РІВНЯ
ІНСУЛІНУ ПРИ ФОРМУВАННІ СТЕАТОЗУ У ДІТЕЙ
З БІЛІАРНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ КИШЕЧНИКУ**

Кудрявцева В. Є., Татарчук О. М., Завгородня Н. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета дослідження: вивчити стан цитокінового профілю та рівня інсуліну при формуванні стеатозу у дітей з біліарними розладами та патологією кишечнику.

Матеріали і методи: Проведено імунологічне обстеження 29 хворих з біліарними розладами та патологією кишечнику, які знаходилися на лікуванні в дитячому відділенні ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Для вирішення поставлених завдань хворих було розподілено на дві групи: I група – 7 хворих з позитивним водневий дихальний тест (ВДТ), II група – 22 хворих з негативним ВДТ. Контрольну групу склали 15 практично здорових людей (донорів).

Кількісне визначення концентрації ІЛ-6, ІЛ-10, TNF- α в сироватці крові проводили за допомогою ІФА з використанням тест-систем ЗАО «Вектор-бест» (м. Новосибірськ, Росія) за рекомендаціями виробника. Вміст цих показників в досліджуваних зразках визначали за допомогою каліброваних кривих із значеннями оптичної щільності стандартних зразків. Результати дослідження рівня ІЛ-6, ІЛ-10, TNF- α визначали в пг/мл. Вміст інсуліну в сироватці крові визначали імуноферментним методом тест набором фірми «DRG International, Inc.», Germany.

Результати дослідження: Аналіз отриманих результатів дослідження хворих показав, що у II групи хворих відмічається підвищення (в 4,9 рази) рівня ІЛ-6 в сироватці крові порівняно з I групою хворих ($p > 0,05$), TNF- α у всіх досліджуваних групах коливався у діапазоні від 0,1 до 1,0 пг/мл. Рівень протизапального ІЛ-10, який гальмує проліферативну відповідь Т-клітин був достовірно знижений у всіх досліджуваних груп хворих в порівнянні із контрольною групою. Рівень інсуліну вірогідно підвищений у I і II групи хворих майже в 3 рази в порівнянні з контролем.

Таким чином, при формуванні стеатозу у дітей з біліарними розладами та патологією кишечнику встановлено вірогідне збільшення рівня інсуліну, а при негативному ВДТ – підвищення рівня прозапальних цитокінів.

МАРКЕРИ ЖИРОВОГО ОБМІНУ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИННОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кузьміна Н. В., Грібенюк О. В.

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

Мета: оцінити показники обміну жирової тканини та структурно-функціональний стан судинної стінки у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії (ст.), поєднану із неалкогольним стеатогепатозом (НАСП).

Обстежено 170 хворих на ГХ II ст. – 98 (57,6%) жінок і 72 (42,4%) чоловіків (середній вік $49,3 \pm 0,5$ роки). Середня тривалість АГ склала $8,9 \pm 0,4$ р. Діагноз НАСП підтверджували після ультразвукового дослідження печінки та біохімічного тесту «FibroMax» (BioPredictive, Франція). Рівень адипонектину сироватки крові визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА). Судинно-рухливу функцію ендотелію визначали за методикою D. Celermajer (1992 р.) із розрахунком показників ендотеліозалежної (ЕЗВД), ендотелінезалежної (ЕНВД) вазодилатації та інтегрального показника ендотеліальної дисфункції (ПЕД) (співвідношення ЕЗВД / ЕНЗВД) (апарат «Logiq» - 500 МО, лінійний датчик 6,5-13,0 МГц, США). Показник АЖ розраховували як відношення пульсового артеріального тиску (ПАТ) до ударного об'єму (УО) лівого шлуночка. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, STATISTICA for Windows 12.0.

В залежності від виявлення супутнього НАСП усіх обстежених було розділено на 2 групи: 1-шу склали 109 (64,1%) хворих на ГХ II ст. із супутнім НАСП, в 2-гу увійшли 61 (35,9%) пацієнт без ознак НАСП. Рівень адипонектину у хворих на ГХ II ст., поєднану із НАСП, достовірно відрізнявся від групи контролю ($p < 0,05$) та прогресивно зменшувався по відношенню до групи хворих на ГХ II ст. без враження печінки, складаючи $5,9$ (4,7; 8,0) мкг/мл та $10,6$ (9,2; 13,1) мкг/мл у двох групах, відповідно ($p < 0,05$). При наявності супутнього НАСП у хворих на ГХ II ст. відмічено достовірне ($p < 0,05$) зниження рівня ПЕД до $0,57$ (0,37; 0,65) Од та суттєве зростання показника АЖ не тільки по відношенню до контролю ($p < 0,05$), а і порівняно із аналогічним показником у хворих без супутнього НАСП ($p < 0,05$). Встановлені достовірні кореляційні зв'язки між рівнем адипонектину сироватки крові: прямий – із показником ЕЗВД ($r = 0,31$, $p = 0,002$) та зворотній – із показником АЖ ($r = -0,27$, $p = 0,001$).

Отже, порушення обміну жирової тканини, яке спостерігається у пацієнтів з ГХ II ст. та супутнім НАСП та проявляється суттєвим зниженням рівня адипонектину, асоціюється із достовірними ($p < 0,05$) змінами показників структурно-функціонального стану судинної стінки, а саме порушенням судинно-рухливої функції ендотелію та зростанням АЖ, що може підвищувати загальний серцево-судинний ризик у хворих на ГХ II ст., поєднану із НАСП.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ УРСОСАНА И РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Курбанова Ф. Р., Вахидова С. Б., Бочкова Л. П.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью нашего исследования явилось изучение гипополипидемического эффекта урсосана у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы: под наблюдением находились 30 больных с СД 2 типа, из них 15 больных составили контрольную группу, которой мы назначили розувастатин 20 мг/сут.; основной группе – 15 больным был назначен урсосан 300 мг/сут. течение 3-х мес. в комбинации с розувастатином 10 мг/сут. Больным проводились стандартные методы обследования: содержание глюкозы в крови, гликогемоглобина, уровень ТГ, ЛПНП, ЛПВН, ХС в крови, УЗИ печени. Для коррекции углеводного обмена больным назначен амарил 2-4 мг/сут. с учетом уровня глюкозы натощак.

Результаты исследования: уровень глюкозы натощак в контрольной группе составил ($10,2 \pm 0,95$ ммол/л), повышение гликогемоглобина ($7,2 \pm 0,45\%$), повышение уровня ХС ($6,7 \pm 0,54$ ммол/л), ЛПНП ($3,9 \pm 0,06$ ммол/л), ТГ ($2,9 \pm 0,04$ ммол/л), снижение уровня ЛПВП ($0,85 \pm 0,02$ ммол/л). В основной группе уровень глюкозы составил ($12,6 \pm 0,65$ ммол/л), гликогемоглобина ($7,6 \pm 0,46\%$), холестерина ($6,95 \pm 0,03$ ммол/л), ТГ ($2,8 \pm 0,02$ ммол/л), ЛПНП ($3,6 \pm 0,03$ ммол/л), ЛПВП ($0,85 \pm 0,04$ ммол/л). На УЗИ обследовании печени у 60% больных отмечались признаки гепатоза печени, у 35% больных признаки застоя желчи в печени и желчном пузыре. В основной группе при комбинированной терапии урсосана с розувастатином выявлено достоверное снижения уровня ЛПНП ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой, получавших розувастатин. Отмечалась также положительная динамика дислипидемии в обеих группах – снижение уровня холестерина до $5,5 \pm 0,095$ ммол (17.9%), триглицеридов – $1,8 \pm 0,090$ ммол/л (30%), повышение уровня ЛПВП – $2,3 \pm 0,005$ ммол/л (50,7%). При повторном УЗИ обследовании у 25% больных уменьшение проявлений гепатоза печени и у 60% больных снижение застоя в желчном пузыре.

Выводы: таким образом, комбинированная терапия урсосаном с розувастатином положительно влияет на липидный обмен у больных с СД 2 типа, что проявляется гипохолестеринемическим эффектом, литолитическим, что дает возможность рекомендовать включение урсосана в комплексную терапию больным с сахарным диабетом.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Курбанова Ф. Р., Вахидова С. Б., Бочкова Л. П.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью данного исследования явилось изучение влияния небивалола на течение артериальной гипертензии (АГ), уровни липидного и углеводного обменов у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Для оценки эффективности небивалола нами было проведено исследование, в которое вошли 30 пациентов с АГ и СД 2 типа от 46 до 59 лет (средний возраст $52,25 \pm 3,86$ лет). Программа обследования включала клиническое и лабораторное обследование. Определялись показатели углеводного и липидного обменов: уровень глюкозы натощак, гликогемоглобина, общего холестерина (ОХС), ЛПНП, ЛПВП, ТГ, измерение АД в динамике.

При обследовании больных нами выявлено повышение АД I- II ст (среднее АД составило $163,7 \pm 7,8$ мм рт. Ст.). У 22 больных отмечалось повышение глюкозы натощак $10,2 \pm 0,34$ ммоль/л (при норме не более $5,6$ ммоль/л), у 8 больных $9,5 \pm 0,24$; уровень гликогемоглобина был повышен у 26 больных $-7,3 \pm 0,43\%$. Содержание общего холестерина $6,04 \pm 1,14$ ммоль/л, (при норме $< 5,2$ ммоль/л), ЛПНП – $4,1 \pm 0,36$ ммоль/л (норма – до 3 ммоль/л), ЛПВП – $0,95 \pm 0,05$ (при норме $1 - 1,5$ ммоль/л), ТГ – $2,44 \pm 1,09$ ммоль/л (при норме – $1,7$ ммоль/л).

Больным назначался небиволол в дозе 5 мг/сутки, для коррекции углеводного обмена – амарил 2 мг/сутки. Наблюдение проводилось в течение 2 месяцев. Кроме того, больным была рекомендована гипокалорийная диета. После 8 недель было проведено повторное обследование пациентов.

Результаты. За период наблюдения отмечено достоверное снижение АД у 85% больных. Общий холестерин снизился до $5,7 \pm 1,3$ ммоль/л, ЛПНП до $2,86 \pm 0,23$, триглицеридов до $1,89 \pm 0,95$, глюкозы натощак $8,5 \pm 0,67$ ммоль/л, гликогемоглобина $6,4 \pm 0,05\%$, некоторое повышение уровня ЛПВП – $1,5 \pm 0,05$ ммоль.

Результаты исследования показали некоторое снижение уровня ЛПНП, триглицеридов, а также глюкозы натощак и гликогемоглобина, однако эти показатели были статистически недостоверны.

Выводы. Небиволол не повышает коэффициент атерогенности, как это отмечается при приеме других бета-адреноблокаторов, что можно объяснить его очень высокой селективностью к бета-адренорецепторам. За счет NO- релаксирующего эффекта небиволол достоверно снижает уровень АД и не ухудшает показатели углеводного обмена, в связи с чем может быть рекомендован для лечения АГ у больных с СД 2 типа.

ЧИ ВПЛИВАЄ РІВЕНЬ АЛЬДОСТЕРОНУ НА ЗМІНУ РІВНІВ ІОНІВ КАЛІЮ ТА НАТРІЮ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ?

Лазіді К. Л., Рудик Ю. С.

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

Мета дослідження: з'ясувати чи впливає рівень альдостерону на зміну іонів калію та натрію у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЗФВЛШ) із супутнім ожирінням.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 88 хворих з ХСН та ЗФВЛШ у віці від 39 до 89 років та 22 практично здорові особи – група контролю. Визначення NTproBNP у сироватці крові проводили методом ІФА за допомогою набору реактивів «ИФА-БЕСТ» (ЗАТ «Вектор-Бест», Росія). Рівень іонів калію у сироватці крові визначали турбодиметричним методом без депротейнізації («Філісіт – Діагностика», Україна). Вмість іонів натрію у сироватці крові досліджували за допомогою реагентів для фотометричного визначення (уранілацетатний реагент) (DAC-SpectroMed, Молдова). Альдостерон у сироватці крові було визначено імуноферментним методом за допомогою реактивів InsulinELISA (DRG Instruments GmbH, Німеччина). Статистичну обробку даних проводили за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0. Статистично значущими вважалися відмінності даних і кореляція між даними при $p \leq 0,05$.

Результати: В ході дослідження було доведено зв'язок рівня альдостерону пг/мл (А) з концентрацією іонів калію, натрію та NTproBNP у сироватці крові хворих із ХСН зі ЗФВЛШ та супутнім ожирінням. Зростання рівня альдостерону у хворих із ХСН зі ЗФВЛШ і супутнім ожирінням супроводжувалось достовірним збільшенням концентрації іонів натрію та зниженням вмісту іонів калію у сироватці крові. Підвищення рівня альдостерону асоціювалось із зростанням вмісту маркера серцевої недостатності NTproBNP.

Висновки: проведений аналіз виявив достовірний зв'язок між змінами вмісту альдостерону та рівнів іонів натрію, калію та NTproBNP у пацієнтів із ХСН зі ЗФВЛШ із супутнім ожирінням, що може свідчити про важливу роль електролітних порушень в патогенезі серцевої недостатності цієї категорії хворих.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ КОМБАТАНТІВ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВІ ДІЇ В ЗОНІ АТО

Лакинський Р. В.

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

На сьогодні, коли в Україні тривають військові дії, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зазнають впливу стресогенних чинників.

Мета дослідження – вивчення факторів ризику розвитку постстресових розладів у демобілізованих учасників антитерористичної операції (АТО).

У дослідженні взяло участь 35 учасників бойових дій (комбатантів), що брали участь у бойових діях в зоні АТО, які знаходилися на лікуванні в Обласному госпіталі для інвалідів війни. Участь в дослідженні була добровільною. Середній вік на момент обстеження комбатантів склав (39,05±4,23) років. Зважаючи на вікові та соціально-демографічні дані, до групи ризику входять люди віком від 30 до 45 років з середньою технічною освітою, які на час мобілізації не мали роботи, що у свою чергу відображає значний вплив соціально-економічного фактору на можливість розвитку психічних розладів екзогенного генезу у цій популяції.

Встановлено, що комбатанти з ПТСР мали такі особливості перебігу цього захворювання: ознаки ПТСР почали з'являтися через тривалий час (7-12 місяців), після демобілізації із зони бойових дій і тривали більше 6 місяців. Зазначені ознаки виникали раптово, на фоні загального зовнішнього благополуччя комбатанта. Отже у всіх комбатантів, яким було діагностовано ПТСР (F 43.1 – за МКХ-10) спостерігався хронічний варіант цього розладу з відстроченим початком. Серед факторів, що призводять до формування постстресових розладів у комбатантів за результатами досліджень дозволило виділити чотири групи факторів і чинників формування посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації, а саме: *соціально-психологічні фактори* (втрата соціальних зв'язків, втрата працездатності, невизначеність майбутнього, почуття безпорадності, відсутність адекватної медичної допомоги та реабілітаційних програм,); *соціально-економічні фактори* (втрата роботи, незадовільний соціально-економічний статус комбатанта, ставлення суспільства до події, що відбувається); *індивідуальні особливості пережитої психотравмуючої ситуації* (реакції переживання та уникнення, емоційні спалахи, підозрілість, надмірне реагування на стимули, антисоціальна поведінка, зловживання алкоголем та тютюном, зловживання психоактивними речовинами і наркотиками, зміна повсякденної активності, соціальна самоізоляція, неможливість розслабитися, труднощі в спілкуванні, зміни у сексуальній поведінці та прояви суїцидальної поведінки); *демографічні фактори* (вік, сімейний стан, соціальний статус, професійна підготовка).

ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНІЙ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПРИ АРИТМІЯХ

Латогуз С. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення впливу гіполіпідемічного препарату ловастатину на стан ліпідного та вуглеводного обміну.

Матеріали і методи дослідження. Для цього в динаміці 12 тижневого лікування ловастатином обстежено 56 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) і цукровий діабет (ЦД). Серед обстежених – 31 жінка і 25 чоловіків у віці від 53 до 57 років. Хворі були розділені на 5 груп: 1-а 11 хворих на ІХС і ЦДІ без супутніх порушень ритму; 2-а – 12 хворих з суправентрикулярною екстрасистолією (СЕ); 3-тя – 12 хворих з шлуночковою екстрасистолією (ШЕ), 4 група – 11 хворих з пароксизмальною формою миготливої аритмії (МА) і 5-а – 10 хворих з постійною формою МА. Лікування ловастатином проводили відкритим способом без призначення плацебо. Препарат призначали по 40 мг на добу одноразово ввечері.

Результати дослідження та їх обговорення. На тлі лікування ловастатином звертало на себе увагу значне зменшення числа ШЕ і СЕ ($p < 0,05$). Число нападів МА достовірно змінилося ($p < 0,05$).

Лікування препаратом супроводжувалося достовірним зменшенням нападів стенокардії і зменшенням кількості споживаних таблеток нітрогліцерину.

Препарат поліпшував переносимість фізичних навантажень у більшості хворих на ІХС і ЦДІ, в тому числі у хворих з СЕ і ШЕ. Не було помічено впливу препарату на переносимість фізичних навантажень у хворих МА, як пароксизмальної так і постійною формою.

Висновки:

1. Таким чином, як випливає з наведених вище даних, лікування препаратом супроводжувалося позитивними зрушеннями в ліпідному спектрі крові у хворих на ІХС та ЦДІ як з порушеннями ритму, так і без них.

2. Ловастатин не чинив значимого впливу на показники кардіогемодинаміки, знижував кількість ангінозних нападів, потребу в нітрогліцерині.

4. Препарат сприяє зниженню числа ШЕ і СЕ, не впливає на число нападів МА, ловастатин сприяє поліпшенню толерантності до фізичного навантаження у хворих 1, 2 і 3 групи і не чинив істотного впливу на показники толерантності у хворих з МА.

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНГІБІТОРІВ
АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ
ПРИ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА І ПОРУШЕННЯХ
РИТМУ СЕРЦЯ**

Латогуз С. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) при дисфункції лівого шлуночка та порушеннях ритму серця.

Матеріали і методи дослідження. Вплив інгібіторів АПФ на клінічну симптоматику захворювання вивчено у 64 хворих на ІХС з ознаками дисфункції лівого шлуночка і шлуночковими порушеннями ритму. Серед обстежуваних було 53 чоловіка та 11 жінок у віці від 49 до 63 років. З урахуванням даних холтерівського моніторування ЕКГ відповідно до системи градацій ШЕ за V.Lawn хворі були розподілені наступним чином: 1 – у 21 хворого, 2 – у 23 хворих, 3 і 4 – у 20 хворих. Курсового лікування ренітеком передувало призначення пробної дози (2,5 мг). При наявності адекватної гемодинамічної реакції призначали ренітек в дозі 2,5-20 мг протягом 12 тижнів.

Результати дослідження та їх обговорення. На тлі лікування ренітеком відзначалася позитивна клінічна динаміка у 53 пацієнтів (82,8%). У цих хворих спостерігалось зменшення задишки, набряків, застійних явищ в легенях, поліпшення переносимості повсякденних фізичних навантажень. До кінця курсу лікування інгібіторами АПФ функціональні можливості хворих відповідали I-IIФК NYHA. Важливо підкреслити, що поряд з поліпшенням фізичних можливостей хворих у 19 (35,8%) з них ми спостерігали зниження числа шлуночкових порушень ритму.

Після проведення 12 тижневого курсу лікування в 1-й групі число ШЕ за даними холтерівського моніторування зменшилася на 44,3% (при добовому контролі) з 6018 ± 894 до 3352 ± 538 ($p < 0,05$), в той час як при лікуванні 2-й групи кількість ШЕ значуще не змінилося і навіть мало тенденцію до збільшення в середньому на 4,1% з 5968 ± 1011 до 6211 ± 1126 .

Висновки:

Таким чином, як випливає з вищевикладеного, призначення ренітека хворим з ШЕ і дисфункцією лівого шлуночка на відміну від дігосину призводить не тільки до зниження числа ШЕ, а й до збільшення функціональних резервів серцево-судинної системи.

КЛІНІЧНІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ ЕФЕКТИ КОМБІНОВАНОЇ ПРОТИАРИТМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКСТРАСИСТОЛІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ РИТМОНОРМОМ І АУТОТРАНСФУЗІЇ УЛЬТРАФІОЛЕТОМ ОПРОМІНЕНОЇ КРОВІ

Латогуз С. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення клінічних, метаболічних і нейрогуморальних ефектів комбінованої протиаритмічної терапії (ритмонорм + АУФОК) при надшлуночкової екстрасистолії (НШЕ) і шлуночкової екстрасистолії (ШЕ) у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця (ХІХС).

Матеріали і методи дослідження. Порівняльне вивчення ритмонорма з АУФОК проведено у 21 хворого ХІХС з екстрасистолією. З 21 хворого було 12 чоловіків і 9 жінок у віці від 40 до 70 років, середній вік дорівнював 66 рокам. У обстежуваній групі переважали чоловіки, хворі з гіпертонічною хворобою, зі стабільною стенокардією III-IV функціонального класу, з порушенням кровообігу II стадії, що аналогічне було відзначено також в порівнювальній групі. Застосування ритмонорма з АУФОК проводилося у 10 хворих ХІХС з надшлуночковою екстрасистолією і у 11 хворих з шлуночковою екстрасистолією.

Результати дослідження та їх обговорення. При шлуночкової екстрасистолії хороший терапевтичний ефект мав місце у 7, задовільний – у 4, загальний позитивний – у 11 з 11 хворих, що становить 100%. При НШЕ і ШЕ лікування ритмонормом і АУФОК хворих ХІХС хороший терапевтичний ефект був у 12 хворих (57,1%), задовільний – у 7 хворих (33,3%), загальний позитивний – у 19 хворих (90,5%). І тільки в 2 випадках (9,5%) при НШЕ ефекту від комбінованої протиаритмічної терапії не було.

Висновки:

1. Поєднання ритмонорма з АУФОК було більш ефективним при шлуночкової екстрасистолії.

2. Воно було більш дієвим у порівнянні з ритмонормом у вигляді монотерапії.

ДИССЕМИНИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ КАК ПЕРВИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Леванда Л. И., Опанасенко Н. С., Коник Б. Н., Терешкович А. В.,
Шалагай С. М., Кшановский А. Э., Калениченко М. И.

*ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии
им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев*

Цель – обосновать необходимость ранней диагностики системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) путём проведения эндоскопических методов исследования у пациентов с первичным поражением лёгких.

Материалы и методы. Нами проведён анализ 21 случая диагностики СЗСТ у пациентов, которые находились на лечении в отделении торакальной хирургии и инвазивных методов диагностики НИФП НАМНУ в 2010-2016 гг. с признаками диссеминированного поражения лёгких. Среди них имели место: диссеминированное заболевание лёгких (ДЗЛ) у 10 (47,6 %) больных; ДЗЛ, осложнённое плевритом – 8 (38,1 %); ДЗЛ, осложнённое плевритом и перикардитом – 2 (9,5 %); ДЗЛ, осложнённое плевритом и внутригрудной лимфоаденопатией – 1 (4,8 %) пациент. С целью гистологической верификации диагноза проведены эндоскопические вмешательства: видеоторакоскопия (ВТС) с биопсией лёгкого – 8 (38,1 %) случаев, ВТС биопсия лёгкого и плевры – 8 (38,1 %), ВТС биопсия лёгкого, плевры и перикарда с его фенестрацией – 2 (9,5 %), ВТС биопсия лёгкого, плевры и внутригрудных лимфоузлов – 1 (4,8 %), трансбронхиальная биопсия лёгкого – 2 (9,5 %) пациента.

Результаты. Установлено, что большинство пациентов 11 (52,8 %) имели поражение нескольких видов тканей, что опосредовано свидетельствует о системности патологического процесса. Всего проведено 35 биопсий разных тканей: 21 (60,0 %) лёгкого, 11 (31,4 %) плевры, 2 (5,7 %) перикарда и 1 (2,9 %) внутригрудных лимфоузлов. В биоптатах плевры, перикарда и лёгких выявлены патоморфологические признаки васкулита и интерстициального пневмонита, в лимфоузлах – реактивные изменения. Идентификация проводилась совместно с ревматологом на основании иммунологических и клинических проявлений. Были диагностированы: системная красная волчанка – 3 (14,2 %); системная склеродермия – 2 (9,5 %); васкулиты – 11 (52,8 %): гранулематоз Вегенера – 4 (19,6 %), узелковый периартериит – 2 (9,5 %), микроскопический полиангиит – 2 (9,5 %), геморрагический васкулит – 3 (14,2 %) случая; недифференцированное заболевание соединительной ткани – 5 (23,5 %) больных.

Выводы. Раннее проведение эндоскопических методов диагностики позволяет установить патоморфологическую природу поражения лёгких и, таким образом, определить тактику дальнейшего дообследования для верификации конкретного случая, так как своевременное назначение патогенетически обоснованного лечения позволяет предупредить формирование осложнений и ранней инвалидизации и смерти при СЗСТ.

Работа выполнена за средства государственного бюджета.

ПОЛИЭТИЛЕНОКСИД КАК СРЕДСТВО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИПОИДОЗА СОСУДОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Липина О. В., Фалько О. В., Волина В. В.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков*

Цель работы: оценить влияние полиэтиленоксида на липоидоз сосудов при экспериментальном атеросклерозе.

Известно, что полиэтиленоксиды (ПЭО) обладают способностью влиять на характер течения жидкостей, в том числе и крови. Ранее проведенные нами эксперименты показали, что введение ПЭО-1500 корректирует нарушения гемомикроциркуляции при общем остром охлаждении теплокровного организма. Учитывая, что ПЭО как многоатомный спирт может обладать жирорастворимыми свойствами, а атеросклеротические изменения кровеносных сосудов уже на ранних этапах характеризуются отложением жиров, представляло интерес выяснить характер влияния ПЭО-1500 на состояние сосудов при экспериментальном атеросклерозе.

Было показано, что введение ПЭО-1500 животным с экспериментальным атеросклерозом приводило к уменьшению высоты и площади очагов липоидоза. При этом края очагов липоидоза были сглаженные и нечеткие. Ткани, выстилающие брюшную и грудную полости, имели бледно-розовый цвет, были эластичными и блестящими, количество жировой ткани, покрывающей внутренние органы, соответствовало физиологической норме.

Для оценки непосредственного действия ПЭО-1500 на очаги липоидоза проводили эксперимент *in vitro*. Для этого фрагменты аорты с очагами липоидоза рассекали на две части. Одну часть помещали в физиологический раствор, а другую – в раствор ПЭО-1500, приготовленный на физиологическом растворе, и инкубировали при температуре 38°C. Используемая концентрация полиэтиленоксида м.м. 1500 по расчетным данным приближалась к средней его концентрации в крови экспериментального животного после внутривенного введения. После суточной экспозиции оценивали размеры очагов липоидоза.

Во фрагментах аорты после экспозиции в растворе ПЭО-1500 было обнаружено уменьшение размеров очагов липоидоза и количества пенистых клеток в атеросклеротических бляшках предположительно за счет выхода из них липидов. Инкубация фрагментов аорты в физиологическом растворе не влияла на размер очагов липоидоза.

Таким образом, было установлено, что внутривенное введение раствора полиэтиленоксида с м.м. 1500 животным с экспериментальным атеросклерозом приводит к уменьшению очагов липоидоза, однако механизм этого явления требует дальнейшего изучения.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ З РІЗНИМ РІВНЕМ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ

Лісна Н. М., Маркозова Л. М.

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

Останнім часом певна увага приділяється вивченню терапевтичного альянсу (ТА) (Н.М. Лісна, 2011) з ціллю покращення ефективності лікування осіб із залежністю від алкоголю та профілактиці рецидивів хвороби (Л.М. Маркозова, 2006 - 2016).

Мета: виявити загальну характеристику особистісних особливостей хворих на алкогольну залежність (АЗ) з різним ступенем ТА.

Методи: методика оцінки ступеню реабілітаційного потенціалу, яка містить шкалу оцінки інтелектуально-мнестичних порушень (ІМП) (Дудко Т.Н., 2000); опитувальник The Penn Helping Alliance questionnaire-II – HAq-II (L.Luborsky, 1997). Обстежено хворих з синдромом АЗ (n=40). Згідно показника рівню ТА хворих розподілено на дві групи: з високим рівнем (ВР) ТА (n=23) та низьким рівнем (НР) ТА (n=17).

В результаті роботи встановлено, що у 62,50% осіб з ВР ТА переважали наступні ознаки легкого ступеня морально-етичного зниження (МЕЗ): часткове зниження нормативної ціннісної орієнтації (НЦО), відповідальності; прояви брехливості, позерства; ознаки егоцентризму; епізоди крадіжок. У пацієнтів з НР ТА визначено ознаки легкого (62,50%) та середнього (37,50%) ступеня МЕЗ (значні порушення НЦО, брехливість, егоцентризм, порушення комунікабельності, асоціальні вчинки, зниження батьківського інстинкту, занурення в алкогольну субкультуру, тощо).

За шкалою оцінки ІМП в обох групах отримані приблизно схожі результати, які відповідають легкому та середньому ступеню зниження когнітивних функцій. Легкий ступень зниження проявлявся у погіршенні пам'яті, концентрації уваги (КУ), розумової працездатності (РП), швидкій психічній виснаженості, зниженні або фрагментарності критики до захворювання, підвищеній самооцінці, переважанні мотивів на лікування, пов'язаних з позитивними змінами у особистісному та соціальному статусах (у 65,50% осіб з ВР ТА та у 75% осіб з НР ТА). Для середнього ступеня притаманні явні розлади пам'яті, КУ, РП, уповільнення асоціативного процесу, зниження пізнавальних функцій високого рівня, звуженні кола інтересів, поверховістю суджень, формальною критикою до захворювання, неадекватною самооцінкою, переважно прагматичними мотивами на лікування (у 20,83% осіб з ВР ТА та у 18,75% осіб з НР ТА).

Таким чином, виявлені особистісні характеристики осіб з АЗ ускладнюють встановлення стабільних терапевтичних відносин, саме тому, ці характеристики треба враховувати при побудові психотерапевтичної програми для хворих на АЗ відповідно до рівня ТА.

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОСЛЕ РИТМИЧЕСКОГО ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ХОЛОДОВОГО (-120 °С) ВОЗДЕЙСТВИЯ

Ломако В. В.,* Пироженко Л. Н., Шило А. В.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков,*

**КП «Люботинская городская больница», г. Люботин, Украина*

Цель работы – определение и анализ соотношения различных типов лейкоцитов в периферической крови, а также расчет интегральных лейкоцитарных индексов (ИЛИ) после ритмического экстремального холодого (-120 °С) воздействия (РЭХВ) на организм крыс.

Работа выполнена на половозрелых самцах белых крыс (6-7 мес.) с соблюдением всех биоэтических норм. РЭХВ ненаркотизированным крысам осуществляли в криокамере для экстремального охлаждения мелких лабораторных животных в течение 90 с раз в сутки (3 сеанса). Мазок крови обрабатывали фиксатором Май-Грюнвальда и окрашивали гематологическим красителем (по Романовскому), подсчитывали общее количество и типы лейкоцитов. Также рассчитывали ИЛИ, позволяющие оценить в динамике состояние различных звеньев иммунной системы и неспецифической резистентности организма, не прибегая к специальным методам исследования: Статистическую обработку проводили методом Стьюдента-Фишера с использованием программного обеспечения Excel и непараметрической статистики Крускала-Уоллиса.

После 3-го сеанса РЭХВ снижались общее количество лейкоцитов (с $6,5 \pm 0,09$ до $5,7 \pm 0,4 \cdot 10^9/\text{л}$) и лимфоцитов (с $65,5 \pm 1,3$ до $51,8 \pm 2,8\%$) на фоне увеличения доли сегментоядерных нейтрофилов (с $27,1 \pm 1,5$ до $37,8 \pm 2,8\%$), эозинофилов (с $3,5 \pm 0,7$ до $5,8 \pm 0,2\%$) и моноцитов (с $1,3 \pm 0,2$ до $2,8 \pm 0,25$), доля палочкоядерных лейкоцитов не изменялась. Наблюдаемый нами повышенный уровень сегментоядерных нейтрофилов на фоне снижения количества лимфоцитов может быть причиной физиологических изменений, связанных с перенапряжением задействованных функциональных систем и стрессом. Анализ изменений ИЛИ показал, что реакции различных звеньев иммунной системы при этом проявлялись в увеличении молодых форм клеток (повышение индекса ядерного сдвига), снижении эндогенной интоксикации, преобладании клеточного иммунитета и эффекторного и макрофагального звеньев, нарушении иммунореактивности. Отмечали повышение доли клеток неспецифической защиты, преобладание процессов гиперчувствительности замедленного типа, снижение значений индексов аллергизации и адаптации организма.

Таким образом, анализ изменений количественно-качественного соотношения лейкоцитов и интегральных лейкоцитарных показателей позволил установить, что действие РЭХВ (-120 °С) (3 сеанса по 90 с) на организм крыс вызывает значительные перестройки в соотношении типов лейкоцитов и различных звеньях иммунной системы.

THE NEW POSSIBILITIES OF IMMUNOREHABILITATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT DIABETES MELLITUS TYPE 2

Malkovych N. M.

*Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State
Medical University", Chernivtsi, Ukraine*

The questions of immunorehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with accompanying pathological conditions and comorbidities are poorly resolved. The longer and severer periods of exacerbation of COPD are typical for patients suffering from diabetes mellitus type II (DM), caused that is by secondary immunosuppression, macro- and microangiopathies phenomena. Antibiotic therapy at purulent exacerbation of COPD is a highly effective etiological treatment, but does not solve the problems of pathogenetic correction of immune defect, prevention of long periods of respiratory tract mucous inflammation.

The research goal is to approve application of herbal remedy Proteflazidum (Екофарма, Ukraine) in complex treatment of patients with COPD and concomitant DM.

38 patients with COPD stage II (age 48 to 65 years) were involved in the research. The ratio male:female was 3:1. All subjects suffered from DM II type. Patients were divided into 2 groups. Patients of comparison group (9 patients) received standard therapy. 29 patients of principal group received Proteflazidum in addition to the standard therapy.

Estimation of cellular immunity in patients with COPD demonstrated that in 36 cases (94,7%) in the period of disease exacerbation changes in the immune status were detected. The degree of violations of the T-lymphocytes quantity was heterogeneous – were changes medium degree in 55,5% subjects, moderately changed reactivity occurred in 44,4% cases. The results of the study showed that complex treatment of patients with COPD with the inclusion of Proteflazidum contributed to a more accurate normalization of T-lymphatic system in comparison with patients' immunity indexes in comparison group. In particular, T-lymphocytes level in patients treated with Proteflazidum increased by 1,4 times, while in comparison group - by 1,02 times. Number of active types of T-lymphocytes in the researching group increased in 1,5 times and in the comparison group - in 1,07 times. The levels of T-helpers and T-suppressors in the principal group increased correspondently by 1,57 and 1,35 times. A trade of improved of these indices was observed in the comparison group too, but dynamics was insignificant.

Patients were recommended to continue application of Proteflazidum preparation with prevention purpose following some schedule for 3 weeks in future.

КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Малкович Н. М., Марунчик С. Л.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з ішемічною хворобою серця, поєднаною з хронічним обструктивним захворюванням легень із застосуванням фітозасобу Неокарділ.

Хворі основної групи (15 осіб, в тому числі 9 чоловіків та 6 жінок у віці від 42 до 65 років) паралельно з традиційним лікуванням (сіднофарм від 4 до 8 мг на день, бісопролол 5 мг вранці, комбінований бронхолітик фенотерол/іпратропіум бромід по 1-2 вдиха 3 рази на день) отримували також препарат Неокарділ по 1 капсулі 2 рази на день впродовж 1 місяця. Пацієнти групи порівняння (16 досліджуваних, в тому числі 11 чоловіків та 5 жінок) отримували лікувальний комплекс без препарату Неокарділ.

На початку дослідження та через місяць після початку лікування всім хворим проводилось ДМЕКГ.

При аналізі показників варіабельності серцевого ритму згідно з даними ДМЕКГ у всіх хворих, включених в дослідження, відмічалась тенденція до підвищення активності симпатичної частини вегетативної нервової системи. Середня добова частота серцевих скорочень (ЧСС) досягала $88 \pm 4,33$ на 1 хвилину, циркадіанний індекс склав $1,3 \pm 0,23$. У 18 хворих відмічалась наявність шлуночкових мономорфних екстрасистол по типу Лаун II, у 13 досліджуваних – надшлуночкових та шлуночкових екстрасистол. При помірному фізичному навантаженні у хворих відмічались епізоди ішемії міокарду, які характеризувались горизонтальною депресією сегмента ST до 1,5 мм тривалістю від 20 до 50 мсек. В період дослідження хворі продовжували застосовувати комбінований бронхолітик фенотерол/іпратропіум бромід.

Через місяць у всіх досліджуваних хворих була відмічена позитивна тенденція показників ВСР, циркадіанного індексу ЧСС. У хворих основної групи ЧСС склала $74 \pm 5,29$ на хвилину, зменшилась кількість екстрасистол до рівня Лаун I. Епізоди ішемії міокарда при помірному фізичному навантаженні залишались у 40% пацієнтів, але їх інтенсивність була меншою.

Контрольне ДМЕКГ у пацієнтів групи порівняння показало також позитивний вплив використовованого лікувального комплексу на функціональний стан міокарду. ЧСС склала $79 \pm 4,68$ на хвилину, але епізоди ішемії міокарда відмічались у 50% хворих.

Таким чином, включення в лікувальну схему капсул Неокарділ допомагає нормалізувати функціональний стан серцево-судинної системи, в тому числі у пацієнтів із супутнім ураженням респіраторної системи.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ВТОРИННОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Сергієнко Л. Ю.,
Анікєєва К. С., Спиридонов А. В.

*Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології
ім. В. Я. Данилевського Національної академії медичних наук України»,
м. Харків*

Розробка нових підходів та пошук більш ефективних засобів для нормалізації функції щитовидної залози (ЩЗ) при аутоімунному тиреоїдиті (АІТ), розповсюдженість якого зростає і займає перше місце серед тиреоїдних патологій, є вкрай нагальною необхідністю.

На сьогодні традиційними засобами лікування аутоімунних тиреопатій є медикаментозний та хірургічний. На теперішній час не існує нових концепцій щодо комплексного підходу до лікування як самого захворювання на АІТ, так і його ускладнень, зокрема, гіпотиреозу, за допомогою нових біологічно активних сполук як хімічного, так і біологічного походження. Перспективною альтернативою замісної терапії ендокринних захворювань потенційно можуть бути фетальні біопрепарати, в тому числі і стовбурові клітини, використання яких в останнє десятиріччя інтенсивно розширюється.

Метою дослідження було визначення особливостей дії культури мезенхімальних стовбурових клітин (МСК) на тиреоїдну систему у щурів із змодельованим АІТ.

Матеріали та методи. Тестування ефективності впливу МСК на функцію ЩЗ самців щурів було проведено на 60 тваринах із змодельованим АІТ, який викликали шляхом імунізації антигеном ЩЗ людини, виділеної субопераційно, в комбінації з повним ад'ювантом Фрейнда.

Результати. Показано, що через 3-6 міс., на віддалених термінах спостережень, на фоні вторинного гіпотиреозу, що розвивається у щурів внаслідок АІТ, визначається позитивний вплив МСК на метаболізм тиреоїдних гормонів. Стовбурові клітини потенціюють зростання вмісту загальних фракцій T_3 та T_4 і значуще знижують рівень антитіл до тиреоглобуліну у сироватці крові. ЩЗ тварин з АІТ має остаточні ознаки аутоімунного процесу. МСК проявляють позитивний вплив на її гістоструктуру, він реалізується шляхом потенціювання проліферації тиреоцитів та диференціюванні мікрофолікулів. Спостерігається збільшення полів з відновленою фолікулярною структурою, зменшення патоморфологічних ознак АІТ (лімфоцитарної інфільтрації, сполучнотканинних прошарків та жирової тканини).

Зроблено висновок, про те, що у тварин з експериментальним АІТ під впливом МСК відбувається гальмування аутоімунних процесів та нормалізація функціональної активності ЩЗ.

НОВИЙ СИНТЕТИЧНИЙ СТИМУЛЯТОР ТИРЕОЇДНОЇ ФУНКЦІЇ

Малова Н. Г., Комарова І. В., Яременко Ф. Г., Вакула В. М.,
Сиротенко Л. А., Анікєєва К. С., Спиридонов А. В.

*Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології
ім .В. Я. Данилевського НАМН України» (ДУ ІПЕП), м. Харків*

Гіпотиреоз є найбільш розповсюдженою ендокринною патологією після цукрового діабету типу 2, причому останніми роками спостерігається неухильне зростання цієї патології у осіб молодого і середнього віку. Тому розробка нових підходів та пошук ефективних засобів для відновлення функції щитовидної залози (ЩЗ) при первинному гіпотиреозі є вкрай нагальною необхідністю. На особливу увагу заслуговують сучасні розробки, які висвітлюють роль сполук з будовою, принципово відмінною від тиреоїдних гормонів та здатних стимулювати тиреоїдну функцію. До таких сполук можна віднести синтезовані в ДУ «ІПЕП НАМН» та перевірені на специфічну активність похідні ряду дигідротриазолпіримідинів. Дана розробка носить пріоритетний характер та має світову новизну.

Мета даної роботи є визначення ефективності застосування нової хімічної сполуки з тиреоїдстимулюючою активністю з ряду дигідротриазолопіримідинів 7-(3-Гідроксифеніл)-6-карбетокси-5-метил-4,7-дигідро[1,2,4]триазоло-[1,5-а]піримідину (лабораторний шифр ЯВ-99) для корекції експериментального гіпотиреозу та його метаболічних ускладнень.

Показано, що після введення щурам сполуки ЯВ-99 спостерігалось вірогідне у порівнянні з тваринами з гіпотиреозом зниження показника відносної маси ЩЗ. Дія ЯВ-99 призводила до значущого відносно групи щурів з гіпотиреозом зростання у сироватці крові вмісту загального і вільного T₄ та помірного підвищення T₃. Отримані результати вказують на ефективний вплив протестованої БАС на безпосередньо тиреоїдну паренхіму. За даними ліпідограми, після введення ЯВ-99 спостерігалось відновлення параметрів ліпідного обміну, вони наближались до значень, отриманих в групі еутиреоїдного контролю, відмічено майже двократне у порівнянні з групою мерказолілового контролю падіння коефіцієнту атерогенності.

Зроблено висновок, що нова синтезована сполука 7-(3-гідроксифеніл)-6-карбетокси-5-метил-4,7-дигідро[1,2,4] триазоло-[1,5-а]піримідин має достатньо високий біологічно активний потенціал з широким спектром дії. Вона не тільки проявляє стимулюючий вплив на відновлення функціональної активності ЩЗ щурів з індукованим гіпотиреозом, потенціюючи утворення тироксину, а й знижує ризик розвитку атеросклерозу, що розвивається на фоні тиреоїдної недостатності.

ЗНАЧЕННЯ BDNF В МЕХАНІЗМАХ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ

Маркозова Л. М.

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

Протягом останнього десятиліття певна увага приділялась вивченню когнітивних розладів у осіб з неврологічними (Т.С. Мищенко, 2007; Л.А. Дзяк, 2007; Н.Ю. Бачинська, 2007, ін.), психічними (Н.А. Марута с соавт, 2014; Н.О. Марута, 2015) та наркологічними захворюваннями (Л.М. Маркозова с соавт., 2003-2011; Л.Н. Пайкова с соавт., 2004; 2008; Л.М. Маркозова, 2005-2012). Останні роки певну увагу викликає вивчення факторів нейропластичності (V. Berger, A. Mehra, M. Lenoci et al., 2010; S.Balaratnasingam, A. Janca, 2012; И. А. Григорова, А.С. Новак, 2014; И.А. Григорова с соавт., 2015; Н.В. Чередниченко, О.А. Левада, 2015; ін.).

Важлива роль в механізмах нейропластичності на різних рівнях належить факторам зростання, а саме мозковому нейротрофічному фактору (BDNF) (A. Benraiss et al., 2001; M. Sairanen, 2005). BDNF належить до сімейства нейротрофінів. Синтезується він у вигляді білка-попередника (pro-BDNF), який за допомогою позаклітинних та внутрішньоклітинних механізмів перетворюється у зрілу біологічно активну форму (mBDNF) і вже нейропротективний ефект BDNF залежить від його взаємодії зі специфічними тирозинкіназними рецепторами В-типу (Trk-B) (M. Gooney, M.A. Lynch, 2001). Активація Trk-B-рецепторів сприяє виживанню та диференціації дорослих нейронів, збільшенню розгалуження аксонів та дендритів, стабілізації та посиленню синаптичних контактів (E. J. Huang et al., 2001). Однією з головних функцій BDNF є підтримка рівню довгострокового потенціювання (LTP) у нейронах гіпокампа як функції синаптичної пластичності, яка забезпечує організацію мнестичних процесів та навчання на клітинному рівні. Так, доведено, що BDNF впливає на зростання та виживання серотонінергічних нейронів лімбічних структур (M.P. Mattson et al., 2004) та потенціює експресію серотонінових 5-HT_{1A}-рецепторів у гіпокампальних синапсах та посилює їх пре- та постсинаптичні ефекти на фоні прийому антидепресантів (T. Deltheil et al., 2008). Також доведено, що поліморфізм гена BDNF, який призводить до заміни валіна на метіонін, є причиною зниження створення зрілого BDNF у мозку (J.A. Kleim et al., 2006), що сприяє деменції (R. Nasimoto et al., 2009) та депресії (N. Pivas et al., 2011). Зменшення церебрального рівня BDNF виявлено при афективній патології, а саме при депресії (Y. Dwivedi, 2009), біполярному розладі (I. Grande et al., 2010), а також при тривожних розладах (C. Anacker, 2014).

Саме тому нам уявляється актуальним вивчення значення BDNF в механізмах нейропластичності у осіб із залежністю від психоактивних речовин, в тому числі від алкоголю.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСІБ З КАРДІОМІОПАТІЄЮ ТОКСИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Маркозова Л. М.

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

Основною причиною смерті осіб із залежністю від психоактивних речовин (ПАР), в тому числі від алкоголю (А), є кардіоміопатія (F142.6). За останні 10 років збільшилась кількість осіб із залежністю від опіоїдів (F11.24-F11.26), зокрема від кодтерпіну, які звернулись по допомогу в КЗОЗ «ХОКНБ». Частина осіб, що звернулася, намагалась купіювати синдром відміни опіоїдів вдома шляхом вживання А, чим обтяжувала стан власного здоров'я.

Мета роботи: вивчити вплив кардіоаргініну (К) в комплексному лікуванні осіб із залежністю (З) від ПАР з проявами кардіоміопатії.

Методи: клінічний, біохімічний, статистичний.

Обстеження чоловіків із З від А (n=10) – 1 гр. та З від опіоїдів (n=10) – 2 гр. проведено на базі КЗОЗ «ХОКНБ» (середній вік – (38,4±2,27) та (30,9±1,35) р., відповідно (p<0,05)). Перебіг хвороби у осіб 1 гр. складав (6,5±1,49), у осіб 2 гр. – (6,45±1,8) р.; синдром відміни сформувався протягом (2,4±0,48) та (1,3±0,25) р., відповідно (p<0,05). Кількість вжитого А у осіб 1 гр. дорівнювала (23,58±6,39) СДА (1 СДА=40 мл горілки). Особи 2 гр. вживали (62,5±5,54) табл./добу кодтерпіну. Усі хворі знаходились в стані синдрому відміни ПАР середнього ступеню тяжкості. К по 5,0 мл вводився в/в (20-30 крапель/хв.) на 100 мл розчину 5% глюкози/0,9% натрію хлориду особам 1 гр протягом 5-7, а 2 гр. - 7-10 діб. У подальшому хворі обох груп приймали сироп К (3-5 мл 2 р/добу) протягом 20 діб.

Результати: виявлено загальні скарги осіб обох груп (біль в області серця, серцебиття, задишка, фізичну слабкість). Спостерігалась одутлість та гіперемія обличчя у осіб 1 гр., блідість у осіб 2 гр., фізична слабкість, задишка, набряклість нижніх кінцівок. Артеріальний тиск, систолічний (мм рт. ст.) у осіб 1 гр. – (130,5±4,37), у осіб 2 гр. – (125,0±4,53); діастолічний (87,0±3,67) та (90,0±3,94), відповідно. Пульс (уд./хв.) у осіб 1 гр. – (93,2±3,86), 2 гр. – (90,7±4,16). Пульсова хвиля у 40% осіб 1 гр. та у 90% осіб 2 гр. була слабого наповнення та напруги. У 30% осіб 1 гр. та у 90% осіб 2 гр. відмічалось порушення ритму. Аускультативно визначалась приглушеність тонів серця (60% осіб 1 гр.) та глухість (90% осіб 2 гр.). Спостерігалась гіперферментемія з порушенням співвідношення АлАт/АсАт (мМ/ч-л) (0,91±0,19/1,27±0,25) у осіб 1 гр. та у 30% осіб 2 гр.; у 30% осіб обох груп рівень церулоплазміну був вищий за норму. Після комплексного лікування з застосуванням К стан хворих поліпшувався в перші 3-5 діб.

Таким чином, при відповідній тактиці призначення К особам з кардіоміопатією з залежністю від А, а також із залежністю від ПАР, препарат сприяє відновленню роботи серцево-судинної системи хворих, чим поліпшує якість їх життя.

ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ТА ЇХ СПІВЗАЛЕЖНИХ РОДИЧІВ НА ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ

Маркозова Л. М., Лісна Н. М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії й наркології НАМН України»,

м. Харків

Проблема стабілізації ремісії (Л.М. Маркозова с соавт., 2009; М.А. Винникова, 2009; С.Д. Чугай, 2015), підвищення якості життя хворих на алкогольну залежність (АЗ) та їх родичів (Л.М. Маркозова, 2004) залишається актуальною дотепер. Значний вплив на ефективність лікування та стабілізацію ремісії у хворих на АЗ надає наявність терапевтичного альянсу (ТА) між хворим та лікарем, а також між співзалежними родичами та лікарем (Н.М. Лісна, 2011).

Мета: визначити індивідуально-психологічні особливості осіб з алкогольною залежністю (АЗ) та їх співзалежних родичів, а також характерні для них стратегії міжособової взаємодії, які впливають на формування ТА.

Методи: теоретичний, емпіричний, статистичний.

Обстежені особи з синдромом АЗ, які проходили лікування в умовах стаціонару КЗОЗ “ХОКНЛ” (n=40), та їх співзалежні родичі, середній вік яких складав відповідно (29,00±1,56) та (49,00±1,28) років. Обстежені розподілені на групи: 1 гр. – особи з високим рівнем ТА (60,00 %), 2 гр. – з низьким.

У результаті роботи встановлено, що високий рівень ТА у хворих з АЗ позитивно корелював з тривожною, параноїдною та шизотипичною особистісною акцентуацією, а низький рівень ТА було пов'язано з вираженістю акцентуації емоційно-нестійкого, дисоціального, дистимічного та нарцисичного типу. Так, показник психопатологічної симптоматики, що відображав ступінь розладу особистості, виявився найбільш значущим у негативному зв'язку з рівнем ТА.

Дослідження аналогічних кореляційних зв'язків у групі співзалежних родичів показало, що найбільш сприятливий ТА було сформовано з особами з залежною та тривожною акцентуацією, які не досягали рівню психопатизації, а менш сприятливий ТА було характерно для осіб з параноїчною, нарцисичною, істеричною та емоційно-нестійкою акцентуацією.

Таким чином, у хворих на АЗ та їх близьких родичів із проявами співзалежності було встановлено різноманітні зміни особистості, які можуть значно ускладнювати формування оптимальних терапевтичних відносин і повинні служити мішенями психотерапії та психокорекції.

EFFICACY OF SELENIUM NITRIC IN COMPLEX THERAPY OF TUBERCULOSIS PATIENTS WITH THYROID PATHOLOGY

Matveyeva S. L., Shevchenko O. S., Stepanenko A. L.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Outcome of antituberculosis chemotherapy depends on many factors including the thyroid state. Normal thyroid function is supplied not only by iodide sufficiency but also by selenium. Thyroid contains about 95% of total selenium of the body.

Objective and Goal: to study the effect of selenium on the thyroid status and chemotherapy outcomes of patients with destructive pulmonary tuberculosis and thyroid pathology .

Methods. 180 patients with tuberculosis and pathological structural changes in the thyroid gland were observed. Of these 3 subgroups of monitoring received selenium nitric during the first 2 months of standard chemotherapy, and 3 control subgroups - only standard chemotherapy. In blood in all patients prior to initiating therapy and at 2 months of its beginning content levels of selenium, free thyroxine, thyroid stimulating pituitary hormone, antibodies to thyroglobulin and thyroid peroxides were determined by of an ELISA method. Biochemical parameters before and after 2 months of the therapy were compared between the groups of monitoring and control. In addition, cure rates were compared during the phase of intensive therapy.

Results. In tuberculosis patients including patients with multidrug-resistant tuberculosis and co-infection tuberculosis/HIV with thyroid pathology subclinical hypothyroidism worsening by antituberculosis chemotherapy was diagnosed. Prescribing of selenium nitric in complex therapy of tuberculosis patients with thyroid pathology restored thyroid function and improved the frequency of bacilli stopping with 6,66%-20% and healing of cavitation with 10% in compare with the control.

Conclusions: In tuberculosis patients with thyroid pathology subclinical hypothyroidism progressing on the background of anti-TB chemotherapy was diagnosed. As selenium nitric restored thyroid function and optimizes the results of chemotherapy the microelement can be recommended as a drug accompaniment during chemotherapy for these patients.

ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ІЛ-17А З АКТИВАЦІЄЮ В-ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ

Матвієнко Ю. О., Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Грабченко Н. І., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б., Коваль Н. Г.

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

Мета: вивчити зв'язок між вмістом ІЛ-17А і активацією В-лімфоцитарної ланки імунітету у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в стадії ремісії.

Методи та матеріали: Обстежено – 45 хворих на ХОЗЛ, амбулаторно в фазі ремісії, в НІФП НАМН, середній вік хворих становив ($65,6 \pm 1,7$) років років та 17 здорових осіб – донорів крові без клінічних ознак соматичної та інфекційної патології, середній вік ($48,9 \pm 2,8$) років. В залежності від стадії перебігу ХОЗЛ обстежені хворі були розподілені на групи: першу групу (1 група) склали 18 хворих з 1 та 2 стадіями ХОЗЛ. В другу групу (2 група) увійшло 27 пацієнтів з 3 та 4 стадіями, тяжкою та дуже тяжкою ступенями перебігу процесу. Хворим у фазу ремісії проводили імунологічне дослідження з визначенням вмісту ІЛ-17А в сироватці периферійної крові методом ІФА (Вектор-Бест, Росія), кількості В-лімфоцитів (CD19⁺) та щільності рецепторів до CD19 на В-лімфоцитах крові (CD19R-Лф) методом проточної цитометрії з використанням анти-CD19 моноклональних антитіл (BD Biosciences, США).

Результати: Підвищений вміст В-лімфоцитів в периферичній крові спостерігався у 21 хворого на ХОЗЛ (47,7 %). Разом з активацією В-лімфоцитарної ланки імунітету був виявлений підвищений вміст ІЛ-17А в сироватці крові хворих. В залежності від тяжкості перебігу захворювання, яке супроводжувалось підвищеним вмістом В-лімфоцитів в периферичній крові, в 2 групі хворих на ХОЗЛ з тяжкою та дуже тяжкою ступенями перебігу захворювання, концентрація ІЛ-17А була вірогідно вищою у зрівнянні з 1 групою хворих з більш легким перебігом захворювання і складала, відповідно ($(1,27 \pm 0,12)$ пг/мл проти ($0,85 \pm 0,13$) пг/мл, $p < 0,05$). Це супроводжувалось підвищеною функціональною активністю В-клітин (за показником щільності рецепторів CD19R-Лф), – ($1,21 \pm 0,08$) ум. од. проти ($0,97 \pm 0,09$) ум.од. в 1 групі хворих, $p < 0,05$.

Висновок: гіперпродукція ІЛ-17А у хворих на ХОЗЛ в фазі ремісії захворювання супроводжувалась активацією В-лімфоцитарної ланки імунітету і залежала від ступеня тяжкості захворювання, що підтверджує зв'язок ІЛ-17А з перебігом триваючого активного запалення у хворих.

Робота виконана за кошти держбюджету України.

**ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ІЛ-17А ЗІ СТАНОМ ЦИТОЛІТИЧНИХ
Т-ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ
В СТАДІЇ РЕМІСІЇ**

**Матвієнко Ю. О., Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Грабченко Н. І.,
Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б., Коваль Н. Г.**

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

Мета: вивчити зв'язок між вмістом ІЛ-17А і станом цитолітичних Т-лімфоцитів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та хронічний бронхіт (ХБ) в стадії ремісії.

Методи та матеріали: Імунологічне обстеження було проведено у 45 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та у 23 хворих на хронічний бронхіт (ХБ), які були обстежені в НІФП НАМН в фазі ремісії захворювання. Середній вік хворих на ХОЗЛ становив ($65,6 \pm 1,7$) років, пацієнтів з ХБ – ($56,5 \pm 2,9$) років. Контрольну групу склали 17 здорових осіб – донорів крові без клінічних ознак соматичної та інфекційної патології, середній вік ($48,9 \pm 2,8$) років. В залежності від стадії перебігу ХОЗЛ обстежені хворі були розподілені на групи: першу групу (1 група) склали 18 хворих з 1 та 2 стадіями ХОЗЛ. В другу групу (2 група) увійшло 27 пацієнтів з 3 та 4 стадіями, тяжкою та дуже тяжкою ступенями перебігу процесу. Хворим визначали вміст ІЛ-17А в сироватці периферійної крові методом ІФА (Вектор-Бест, Росія), кількість цитолітичних Т-лімфоцитів ($CD3^+CD16/56^+$) методом проточної цитометрії з використанням анти – $CD3CD16/56$ моноклональних антитіл (BD Biosciences, США).

Результати: Встановлено, що вміст цитолітичних Т-лімфоцитів (ТНК), що несуть на своїй поверхні рецептори до $CD3^+ CD56^+$ був підвищений у хворих на ХОЗЛ до ($5,0 \pm 0,9$) % як у порівнянні з контролем ($2,0 \pm 0,4$), так і з групою пацієнтів на ХБ – ($2,4 \pm 0,4$) %, $p < 0,05$. Це підвищення супроводжувалось більш тяжким перебігом ХОЗЛ (2 група) і вірогідно вищим рівнем ІЛ-17А у сироватці крові хворих ($1,31 \pm 0,08$) пг/мл у порівнянні з пацієнтами з більш легким перебігом ХОЗЛ (1 група), ($0,91 \pm 0,12$) пг/мл, $p < 0,05$. У хворих на ХБ рівень ІЛ-17А та вміст цитолітичних Т-лімфоцитів не перевищував референтні значення.

Висновок. Таким чином, за результатами даного дослідження, посилення продукції ІЛ-17А у хворих на ХОЗЛ супроводжувалось активацією цитолітичних Т-лімфоцитів і залежало від ступеня тяжкості захворювання, що свідчить про підсилення антигенного навантаження по мірі прогресування хвороби в стабільній фазі захворювання.

Робота виконана за кошти держбюджету України.

НАДЛИШКОВЕ НАДХОДЖЕННЯ В ОРГАНІЗМ ХЛОРИДУ НАТРІЮ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Машура Г. Ю., Ганич О. Т., *Петрик І. М., *Січка А. С., *Балаба В. В.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет",

**Ужгородська міська клінічна лікарня, Україна*

Незважаючи на досягнення у вивченні механізмів виникнення та прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), залишається ще багато невирішених питань, пов'язаних з механізмом розвитку захворювання, його профілактики та лікування, зокрема недостатньо вивчена роль хлориду натрію (кухонної солі).

Мета дослідження: оцінити особливість перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки при різній смаковій чутливості до кухонної солі.

Матеріали і методи.

Обстежено 56 хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки. Серед обстежених хворих чоловіків було 24, жінок – 32. Середній вік у чоловіків становив $53,2 \pm 4,3$ року, у жінок – $49,3 \pm 3,2$ року. Тривалість захворювання становила $6,8 \pm 2,3$ року. У контрольну групу ввійшло 20 практично здорових осіб (чоловіків було 7 (35%), жінок – 13 (65%). Середній вік становив $43,7 \pm 4,2$ року.

Діагноз НАЖХП встановлено за клініко-лабораторними показниками, результатами ультразвукового дослідження печінки та вимогами наказу № 826 МОЗ України від 06.11. 2014 року.

За рівнем порога смакової чутливості до кухонної солі (ПСЧКС), який визначався за методикою R. Henkin et al., хворі були поділені на дві групи: солечутливих, 30 чол. (ПСЧКС нижче 0,32%) та солерезистентних, 26 чол. (ПСЧКС вище 0,32%).

У всіх хворих в сироватці крові визначали рівні прозапальних цитокінів: фактора некрозу пухлини- α (ФНП- α) та інтерлейкіну 6 (ІЛ-6).

Отримані дані засвідчують, що рівень ФНП- α та ІЛ-6 в обох групах хворих на НАЖХП достовірно вищий у порівняно з здоровою групою.

При порівнянні середніх рівнів ФНП- α та ІЛ-6 між двома групами хворих встановлено, що вищевказані показники достовірно вищі у солерезистентних пацієнтів ($p < 0,001$).

Таким чином, при надлишковому надходженні в організм хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки хлориду натрію (кухонної солі) суттєво погіршується перебіг захворювання.

**ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ПОЛІМОРФІЗМУ
АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ M235T НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН ХВОРИХ
З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ
ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА**

Меденцева О. О., Рудик Ю. С., Удовиченко М. М.

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

Мета: оцінити вплив цукрового діабету (ЦД) 2 типу на ліпідний обмін у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду (ХСНзберФВ) лівого шлуночка (ЛШ) носіїв 235T алеля M235T поліморфізму гена ангіотензиногену (АТГ).

Матеріали та методи: Були обстежені 100 пацієнтів (47 чоловіків та 53 жінки; середній вік $61,7 \pm 8,0$ років) носіїв алелю 235T (MT+TT генотипи) поліморфізму АТГ з ХСНзберФВ. Групу 1 склали 63 пацієнта з ЦД 2 типу, групу 2 склали 37 хворих без ЦД 2 типу. Для визначення алелей і генотипів поліморфного гена АТГ 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 «Герцик». Правильність розподілу частот генотипів визначалася відповідністю рівноваги Харді-Вайнберга. Для оцінки ліпідного обміну досліджували рівень загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) з використанням реактивів CORMAY (Польща) колориметричним ензиматичним методом на біохімічному аналізаторі Humalyser-2000. Вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) обчислювали за формулою W.T. Фрідевальд: $ХС\ ЛПНЩ = 3ХС - (ХС\ ЛПВЩ + ТГ / 2,22)$. Статистичну обробку отриманих даних проведено із використанням SPSS Statistica 17.0.

Результати. Рівень ХС ($6,00 (5,00 : 6,80)$ проти $5,10 (4,30 : 5,90)$ ммоль/л), ТГ ($2,10 (1,50 : 2,95)$ проти $1,6 (1,15 : 1,85)$ ммоль/л) та ХС ЛПДНЩ ($0,92 (0,62 : 1,33)$ vs $0,69 (0,47 : 0,83)$ ммоль/л, відповідно) був вищий в групі хворих з ХСНзберФВ та ЦД 2 типу у порівнянні з пацієнтами без ЦД 2 типу, носіями 235T алелю поліморфізму M235T АТГ ($p < 0,005$). Різниця між рівнями ХС ЛПВП та ХС ЛПНЩ не досягала достовірності ($p > 0,05$).

Висновки: отримані дані свідчать про синергічний ефект MT+TT генотипу M235T поліморфізму АТГ та ЦД 2 типу в розвитку високого атерогенного ризику у хворих з ХСНзберФВ.

ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2016 РОЦІ

Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Дюльдєва Т. А., Рябоконт А. І.,
Моргун Т. М.

*НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: вивчити стан професійної захворюваності (ПЗ) у Харківській області.

Згідно зі статистичними даними клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, в 2016 році кількість потерпілих (П) унаслідок професійних захворювань (ПрЗ) становила 40 осіб. При цьому у потерпілих було діагностовано 83 ПрЗ, тобто у переважній більшості П встановлено діагноз більш одного ПрЗ. Як і в попередні роки, найбільшу кількість П в 2016 році зареєстровано в машинобудуванні (М). Відсоток працівників цієї галузі серед потерпілих є досить стабільним (становив 87,5% у 2016 р.), в останні роки він перевищував 80, адже М є провідною галуззю промисловості Харківщини. На підприємства з виробництва промбудматеріалів припадало 2,5%, інші галузі – 10%. Значне зменшення кількості потерпілих внаслідок ПЗ (з 86 у 2014 р. до 48 – у 2015, 40 – у 2016 р.) потребує додаткових досліджень та аналізу усіх факторів, що чинять вплив на розвиток професійних захворювань.

У структурі ПЗ найбільша частка доводилась на пилову патологію – 38,55% (32 випадки з 83 вперше встановлених діагнозів щодо ПрЗ), у тому числі хронічний бронхіт пилової та токсико-пилової етіології (28,92%) і пневмокониози (10,84%). Наступні рангові місця в структурі ПЗ займали відповідно сенсоневральна приглухуватість – 34,94%, вібраційна хвороба – 8,43%, захворювання верхніх дихальних шляхів – 7,23%, захворювання опорно-рухового апарата та професійний туберкульоз у працівників протитуберкульозного диспансеру (ПТД) – по 4,82%. Існуючий розподіл ПЗ щодо нозологічних форм професійних захворювань, у першу чергу, обумовлений недосконалістю застосовуваних технологій на підприємствах М та регіональними особливостями промислового розвитку Харківщини.

Гендерні особливості ПЗ: серед потерпілих осіб чоловічої та жіночої статі було по 50%. Рангові місця окремих промислових підприємств щодо кількості потерпілих унаслідок ПрЗ були такими: Публічне акціонерне товариство (ПАТ) «Харківський тракторний завод» – 1, Державне підприємство (ДП) «Електроважмаш» – 2, ПАТ «Турбоатом» – 3, Обласний протитуберкульозний диспансер – 4.

Таким чином, у 2016 році рангові місця окремих професійних захворювань в структурі ПЗ та кількість постраждалих на підприємствах регіону залишалися сталими.

ОБОСНОВНИЕ ПОКАЗАНИЙ К НАЗНАЧЕНИЮ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Меренкова Е. А.

*ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии
им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев*

Основными препаратами для лечения саркоидоза органов дыхания являются глюкокортикостероиды (ГКС). Их эффективность доказана в нескольких рандомизированных исследованиях, результаты которых свидетельствовали о положительной динамике клинических и рентгенологических симптомов саркоидоза, улучшении показателей легочной вентиляции и диффузии под влиянием ГКС. В среднем около 50 % больных саркоидозом (от 30 % до 80 %) принимают лечение с использованием ГКС. У трех категорий пациентов проведение ГКС-терапии является невозможным. К первой из них относятся больные с наличием противопоказаний к лечению ГКС, ко второй – пациенты с серьезными побочными действиями ГКС, требующими отмены препарата, к третьей – больные с резистентностью к ГКС-терапии.

Цель исследования: изучение частоты побочных действий ГКС и случаев резистентности к ГКС-терапии.

Методы. Обследовано 185 больных саркоидозом с поражением паренхимы легких без какой-либо предшествующей специфической терапии. Всем пациентам проводились обще-клинические методы обследования, компьютерная томография (КТ) органов грудной полости, спирометрия.

Результаты. Частота побочных действий ГКС терапии составила 45,5 %. Наиболее частыми осложнениями терапии были – повышение массы тела (22,4 %), повышение АД (7,8 %), пустулезные высыпания (7,0 %), а также нарушения сна и эмоциональная лабильность (5,6 %). У 4 больных (3 женщин в возрасте 47 лет и старше и 1 мужчина 37 лет) на фоне лечения ГКС развился остеопороз, что стало причиной отмены ГКС. Причиной отмены ГКС у еще одного пациента было развитие сахарного диабета. У 32 пациентов (17,3 %) была диагностирована резистентность к ГКС-терапии (прогрессирования саркоидоза по данным КТ через 3 месяца лечения ГКС или отсутствием признаков регрессии через 6 месяцев лечения). ГКС-терапия, проведенная на протяжении не менее 12 месяцев с достижением клинического излечения, подтвержденного данными КТ ОГП, была успешно завершена только у 125 больных (67,6 %).

Выводы. Таким образом, потребность в иммуносупрессивной терапии составляет в среднем 32,4 %. Полученные результаты обуславливают актуальность разработки оптимальных по эффективности и безопасности режимов иммуносупрессивной терапии больных саркоидозом органов дыхания.

ЗАСТОСУВАННЯ ТІОТРОПІУ В РЕСПІМАТІ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ КОНТРОЛЮ СИМПТОМІВ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ОЖИРІННЯМ

Мигович В. В., Мигович Л. Д., Попадинець І. Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Актуальність теми. Асоціація бронхіальної астми (БА) з коморбідними захворюваннями є прогностично несприятливою. Індекс маси тіла прямо корелює з вираженістю симптомів БА, збільшенням частоти загострень та погіршенням контролю астми. Недооцінка супутньої патології – одна із причин, які визначають неможливість досягнення контрольованого перебігу БА, а втрата контролю над симптомами астми в свою чергу веде до збільшення кількості серцево-судинних ускладнень та смертності.

Мета: підвищення ефективності лікування тяжкої БА у хворих з ожирінням.

Методи та матеріали: обстежено 34 хворих на тяжку персистуючу неконтрольовану БА. Всім хворим було проведено загально-клінічне та інструментальне обстеження. Дослідження наявності контролю здійснювалось за допомогою опитування пацієнта та астма-контроль тесту (АКТ).

Результати дослідження. Відібраних пацієнтів було розділено на 2 групи, що вірогідно не відрізнялися за віком, статтю, тривалістю перебігу БА та показниками функції зовнішнього дихання. Після обстеження хворих та проведення АКТ (всі пацієнти були на кроці 4 згідно GINA), в обидвох групах було призначено в якості базової терапії комбінацію будесоніду 160мкг/формотеролу 4,5мкг по 2 інгаляції двічі на добу та бронхолітики короткої дії на вимогу. Пацієнтам І групи (n=14) додатково до основного лікування було призначено 5 мкг тіотропію у вигляді двох інгаляцій за допомогою інгалятора Респімат один раз на добу в один і той же час.

Оцінку результатів проводили через 8 та 16 тижнів після початку дослідження. Нами виявлено достовірне покращення показників ФЗД у І групі: ОФВ₁ збільшився з (44,6±2,1) до (62,4±2,2)% від належного, (p<0,05). У пацієнтів ІІ групи (n=20) теж спостерігалось зростання показника ОФВ₁, однак в меншій мірі. Крім того, хворі ІІ групи, на відміну від І групи, потребували збільшення дози ІГКС та додавання системних ГКС для досягнення контролю.

Висновки. Хворі на поєднану патологію мали важчий перебіг астми, який погано піддавався контролю. Додавання тіотропію в Респіматі до базової терапії БА дозволяє підвищити ефективність лікування, поліпшити показники функції зовнішнього дихання, покращити контроль симптомів захворювання та не збільшувати дозу ІГКС, що призводить до зменшення кількості загострень та зниження розвитку серцево-судинних подій.

ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНВЕРСНОГО ТА (АБО) ЗМІННОГО ФОТОПЕРІОДУ НА ПЕРЕБІГ ВІК-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Микитюк О. П.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета: на підставі аналізу сучасних літературних даних дослідити актуальність аспекту щодо відмінностей у ризику розвитку кардіометаболічних ускладнень у людей старшого віку, що страждають на порушення сну та тих, хто змушений працювати у режимі зміненого фотоперіоду тривалий час.

Встановлено, що порушення режиму сну і відпочинку, яке дедалі більше поширене у сучасному світі, визнане фактором розвитку надлишкової маси тіла. У свою чергу, надлишок жирової маси в організмі вважають асоційованим із розвитком особливого прозапального статусу, за якого вражається низка біохімічних процесів організму: активуються вільнорадикальні процеси і пригнічується антиоксидантний захист; стимулюються процеси атерогенезу, остеопороз тощо. Така маловиражена системна запальна відповідь, яка характеризує тучність, стає поштовхом до появи ряду дисфункцій: інсулінорезистентність, діабет 2 типу, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, коронарні та судинні порушення і іноді – активація пухлинного росту.

Невирішеним є питання про те, впродовж якого часу розвиваються зазначені зміни і який саме режим зміненого освітлення є найбільш несприятливим для людини. Не встановлено клініко-патогенетичні особливості перебігу ряду захворювань у хворих, що змушені систематично перебувати під впливом зміненого фотоперіоду.

Отже, важливою сферою для досліджень сучасної медицини є особливості експресії продуктів генів біологічного годинника за десинхронозу та їх зв'язок із показниками цитокінового профілю та ліпідного обміну; особливості перебігу вік-асоційованих захворювань (артеріальна гіпертензія, остеоартроз) у осіб, що систематично підлягають експозиції до штучного інверсного та (або) змінного фотоперіоду впродовж різних проміжків часу та пошук шляхів патогенетичної корекції виявлених відхилень.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОСТЕОАРТРОЗУ

Микитюк О. П.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Поєднання остеоартрозу (ОА) та артеріальної гіпертензії (АГ) розглядають як коморбідність – одночасне ураження систем організму зі спільними етіопатогенетичними механізмами, частота поєднання АГ й ОА у хворих складає 53-78 %. Лікування зазначених захворювань здатне спричинити небажані наслідки щодо одне одного.

Мета: проаналізувати сучасні літературні відомості щодо терапевтичних особливостей поєднання АГ і ОА.

Основним напрямком лікування ОА є анальгезія. Проте, окремі нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) мають хондротоксичну дію: в терапевтичних дозах при тривалому застосуванні напроксен, ібупрофен та індометацин дещо інгібують синтез протеогліканів, з часом сприяючи прогресуванню ОА.

Неселективні НПЗП здатні підвищувати артеріальний тиск (АТ). Селективні ліки не викликають достовірних змін АТ удень, проте спричиняють суттєве підвищення вночі, що нівелює фізіологічну добову варіацію. Рофекоксиб, целекоксиб дещо зменшують гіпотензивний ефект β-блокаторів й інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту. Вазоренальні ефекти НПЗП теж небажані: активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, набряки, затримка натрію. Диклофенак здатен порушувати нирковий кровообіг, а коксиби негативно впливають на процеси електролітно-водного обміну в нирках.

Оскільки препарати групи кокситів не впливають на тромбоцитарну циклооксигеназу, вважається, що вони можуть збільшувати частоту гострих серцевих катастроф і тромбоемболічних ускладнень.

Основа ефекту хондропротекторів – регуляція метаболізму хондроцитів, попередження апоптозу. Є сумніви щодо безпечності глюкозаміну сульфату у хворих на АГ. Така форма глюкозаміну містить до 25 % хлориду натрію (0,4 г в добовій дозі) і, очевидно, може потенціювати затримку рідини в організмі; а це суттєво обмежує можливості застосування його за АГ, хронічної серцевої та ниркової недостатності.

Хондроїтину сульфат інгібує дію протеаз в синовіальній рідині. Його ефекти відносять за рахунок структурної схожості з молекулами групи гепарину, що вимагає особливої уваги при призначенні поряд із антиагрегантами та антикоагулянтами.

Отже, пошук нових терапевтичних засобів, які б поєднували протизапальну дію з гіпотензивним і кардіоренопротекторним впливом досі актуальний.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ПРИ ОЖИРІННІ

Микитюк О. П.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Однією із ланок розвитку «вадного кола», що підтримує патогенез патологічного процесу та запускає формування ряду ускладнень за коморбідної патології – артеріальної гіпертензії (АГ) та остеоартрозу (ОА) на фоні надлишкової маси тіла є вазоренальна дисфункція. За рядом досліджень, рівень пригнічення клубочкової фільтрації пропорційний до кількості компонентів метаболічного синдрому, виражених у хворого. У тривалих спостереженнях було показано, що ризик розвитку ниркових ускладнень при метаболічному синдромі зростає у 2,6-5,8 рази (зі збільшенням рівня мікроальбумінурії вдвічі) залежно від кількості ланок у пацієнтів без ознак діабету.

Мета дослідження: Охарактеризувати функціональний стан нирок у хворих на АГ, ОА та їх поєднання з оптимальною масою тіла й ожирінням.

Матеріал і методи. Обстежено 100 хворих, з них 35 – на АГ, 35 – на ОА, 30 – на АГ у поєднанні з нормальною масою тіла та з ожирінням, а також 22 практично здорові особи, зіставні за віком і статтю (група контролю). Використано клінічні методи дослідження, зібрано анамнез щодо ниркової патології. Загальні клінічні аналізи крові та сечі, клубочкову фільтрацію, реабсорбцію та секрецію проводили за стандартними методиками. Концентрацію натрію і калію визначали методом полум'яної фотометрії на приладі ФПЛ-1, ШКФ нирок – за формулою Кокрофта-Голта.

Отримані результати: Поєднання АГ та ОА при ожирінні погіршує функціональний стан нирок, що проявляється зменшенням на 18,2 % абсолютної реабсорбції натрію і його добової екскреції на тлі зменшення ШКФ (на 29,4 % та 37,9 % у хворих з оптимальною масою тіла й ожирінням відповідно) і посиленням мікропротеїнурії (у 5,9 та 14,4 рази у хворих з оптимальною масою тіла й ожирінням відповідно).

Висновки: зміни екскреторної функції нирок доцільно враховувати при виборі лікування і заходів профілактики кардіоваскулярних подій і загострень при АГ із супутнім ОА у хворих з надлишковою масою тіла.

**СПРИЯТЛИВИ ЕФЕКТИ ДІЄТОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ
СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І ОЖИРІННЯ
Милославський Д. К., Снігурська І. О., Старченко Т. Г., Божко В. В.,
Щенявська О. М.**

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

Мета: оцінка клініко-гемодинамічних та метаболічних ефектів дієтологічного втручання (ДВ) серед хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з аліментарним ожирінням (АО).

Матеріали і методи: проведено анкетування та ДВ серед 37 осіб на ГХ II ст., 2-3 ступеня. Чоловіків було 16 (43,3%), жінок – 21 особа (56,7%). Група співставлення – 19 хворих, що не отримували ДВ. Проводили антропометричні вимірювання, визначали загально-клінічні показники гемодинаміки, рівні сечової кислоти (СК), С-реактивного протеїну (СРП), глюкози крові натще (ГлН), параметри розгорнутого ліпідного спектра. В якості ДВ використовували адаптовану дієту DASH з редукованим калоражем, помірним зниженням вмісту жирів, особливо їх насичених фракцій і харчового Na^+ , високим вмістом клітковини, підвищеним вживанням овочів, фруктів. Пацієнтам також рекомендували відмову від паління і ходу в нешвидкому темпі до 30-45 хвилин на добу. ДВ проводили на тлі антигіпертензивної терапії препаратами 1-го ряду. Ефективність ДВ оцінювали через 6 місяців за досягненням цільових рівнів артеріального тиску (АТ), ліпідів, інших метаболічних показників, зниженням маси тіла (МТ).

Результати: провідними аліментарними факторами ризику (ФР) ГХ були переїдання (31,6%), зловживання харчовим Na^+ (23,9%), нерегулярний прийом їжі (19,6%), вживання їжі у вечірні години доби (45,1%). У результаті ДВ через 6 місяців цільових рівнів АТ досягли 81,6% хворих, ліпідний профіль покращився у 77,4 % пацієнтів, МТ знизилася на 6,8 %, що було значно вище, ніж у групі співставлення (59,8%, 54,7%, 3,8%, відповідно), ($p < 0,05$). Сприятливі ефекти ДВ асоціювались зі зниженнями рівнів прозапальних факторів – СК ($p < 0,001$), СРП ($p < 0,05$), покращанням показників ліпідно-вуглеводного гомеостазу серед усього загалу хворих. У чоловіків після ДВ високо вірогідно покращились рівні СК, загального холестерину ($p < 0,001$), у жінок – рівні СК, СРП, ГлН ($p < 0,001$). Метаболічні показники у хворих групи співставлення змінилися не вірогідно ($p > 0,05$). Бажання продовжити і надалі ДВ висловило 95,2% хворих.

Висновки: ДВ в комбінації з терапією у хворих призводило до досягнення цільових рівнів АТ, ліпідів крові, зниженню МТ, нормалізації рівнів СК та СРП крові, в більшій мірі ніж у осіб, що його не отримували. Подальше тривале спостереження за хворими в умовах ДВ дозволить об'єктивно оцінити його ефекти в превентивних заходах серед хворих на ГХ з АО.

ВПЛИВ ЕНТЕРОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ НА БУДОВУ СЕЛЕЗІНКИ ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ЩУРІВ

(за даними експериментальних досліджень)

Мироненко Л. Г., Торяник І. І., Перетятко О. Г., Ягнюк Ю. А.

Харківський національний медичний університет МОЗ України,

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова

НАМН України», м. Харків,

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

В експерименті вивчали вплив збудників ентерококової інфекції на зміни у будові селезінки попередньо імунокомпрометованих щурів. Гістологічні препарати виготовляли за традиційним алгоритмом: фіксували у 12 % розчині формаліну, постфіксували, зневоднювали, заливали у блоки. Отримані зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином. Аналіз результатів проводили у світлооптичному мікроскопі (x 200; x 400; x 600). Результати мікроскопічних досліджень продемонстрували наявність гіпертрофічних змін пульпарного компоненту, виразних судинних реакцій, проліферативних явищ, інфільтративних процесів. Субкапсульна зона органу диференційована, структура колагенових волокон капсули та радіально розгалужених трабекул містить ознаки деструктивно-дегенеративних розладів. В окремих випадках спостерігали набухання, розм'якнення стромального компоненту, накопичення у зонах локальних дефектів незначної кількості напівпрозорого ексудату (домішки поодиноких зрілих форм еритроцитів (n=1-2). Капсула витончена, з дефектами шарів, вогнищами деструкції, проявами некротичних процесів, склерозу (n=2-3 у полі зору). У зонах розмежування тканин білої та червоної пульпи – чисельні крововиливи, набряк. Спостерігаються окремі факти тромбоутворень (еритроцитарні тромби), стазу, поява мегакаріоцитів. Ушкодження ендотелію супроводжуються десквамацією, оголенням ендотеліального шару, пенетрацією стінок судин, появою мегакаріоцитів у периферійній крові (секвестрація тромбоцитів та вихід їх до кровообігу). Ушкодження судин неодмінно призводило до діapedезу еритроцитів та утворенню паравазальних крововиливів. Фрагменти білої пульпи селезінки з характерними ознаками мікро- та макрофолікулярної гіперплазії, що стосувалась у переважній більшості структур лімфатичних вузликів, проксимальних та дистальних периартеріальних муфт. Гіперпластичні процеси захоплювали маргінальні зони згаданих вище структур, призводили до їхньої дезорганізації, з ними – тканинного компоненту у цілому. Вогнища запальних процесів змінювали ділянки проявів фагоцитарної активності (утилізація клітинного детриту). Червону пульпу селезінки представляли синуси та синусоїди. Останні справляли враження сталих структур, де у наявній морфологічній картині фігурували витончені, крихкі трабекулярні каркаси. У синусоїдних просторах відмічали чисельні скупчення зрілих еритроцитарних клітин у вигляді подвійновигнутих дисків (доказ: візуалізоване просвітлення в центрі). У ділянках розмежувань спостерігали інфільтрацію (лімфо-гістіоцитарного характеру); іноді інфільтрати долучали клітини агранулоцитарного ряду.

**ПАТОГІСТОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ
ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ЩУРІВ
З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ЕНТЕРОКОКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ**

Мироненко Л. Г., Торяник І. І., Перетятко О. Г., Ягнюк Ю. А.
*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН
України», м. Харків,*

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

Представлена робота стосується дослідження структурно-функціонального стану лімфатичних вузлів імунокомпromетованих щурів із модельованою ентероковою інфекцією. Макроскопічний аналіз органів здійснювався із застосуванням традиційної макро-мікроскопії. Для отримання гістологічних зрізів шматочки органів фіксували у 12% формаліні на фосфатному буфері (рН=7,0-7,2), постфіксували, зневоднювали, заливали у блоки. Зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, за Браше. Аналіз мікроскопічних змін відбувався у світлооптичному мікроскопі (x 400; x 600; x 1350).

Макромікроскопічно: лімфаденоплазія, що розповсюджувалась на кожну із обстежених регіонарних груп органів. Вузли набували овоїдної, округлої форми, розташовувались поодиноці та у вигляді скупчень із декількох вузликів, оточених загальними сполучнотканинними оболонками (окремий випадок пахвова зона). Органи тверді на дотик, слизькі, блискучі, палевого, палево-сірого кольорів, у полюсів рожево-сірого забарвлення. Видаляються із власних лігв утруднено. Дефектів поверхні, кальцифікатів, новоутворень органи не містили. Їхня цілісність була збереженою збереженою.

Мікроскопічно коркова та мозкова речовини чітко диференційовані. У субкапсульній зоні виявлені геморагії, без розповсюдження та схильності до злиття чи формування суцільних еритроцитарних ділянок/зон. Клітинний склад останніх: зрілі форми еритроцитів, тромбоцити, подекуди плазматичні клітини. Навколо вогнищ крововиливів - запальні процеси (альтеративного характеру), що позначались наявністю лімфо-гістіоцитарної інфільтрації та проліферативних явищ. Пульпарний компонент (за проявом змін) нагадував відповідний у селезінці: фокальна фолікулярна гіперплазія, просвітлення гермінативних центрів лімфоїдних вузликів, збільшення їхніх розмірів та чисельності (відповідь на дію мікст- факторів: імунокомпromетація та інфекція), запалення у крайових зонах, деструктивно-дегенеративні зміни. Стромальний компонент вузлів з його сполучнотканинними структурами характеризувався ознаками розволокнення, появою балонної дистрофії, склеротичних явищ. Дегенерація волокон найбільш яскраво виявлялась у субкапсульній зоні органу. Ушкодження локального кровообігу мізерні, за звичай, розташовані у субкапсулярних ділянках органів. Судини розширені, місцями з ознаками стазів і тромбозів. Периваскулярний набряк супроводжує більшість із них. Характерних перфоративних дефектів не встановлено.

**МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ФАКТОРІВ
СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ
ХВОРОБИ, АСОЦІЙОВАНИЙ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**
Мисниченко О. В., Снігурська І. О., Пенькова М. Ю., Висоцька О. В.,
Корнійчук І. А., Щенявська О. М., Коваль С. М.

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

Мета: вивчення можливості і ефективності корекції метаболічних факторів серцево-судинного ризику у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) за допомогою тривалої (однорічної) комбінованої антигіпертензивної і гіполіпідемічної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 86 хворих на ГХ 2-3 ступеня з АО I-II ступеня в динаміці однорічної терапії блокатором рецепторів ангіотензину II олмесартаном (О) (добова доза – 20-40 мг) в комбінації з дигідропіридиновим антагоністом кальцію (АК) лерканідипіном (Л) (добова доза – 10-20 мг). У разі недосягнення цільових рівнів артеріального тиску (АТ) додатково застосовували бета-блокатор з вазодилатуючою активністю небіволол (Н) (добова дозі – 5 мг) та/або тiazидоподібний діуретик індапамід (І) (добова доза – 2,5 мг). Усім хворим проводили терапію аторвастатином (добова доза – 20 мг) на тлі рекомендацій щодо гіпокалорійної дієти.

Результати. Через 1 рік вказаного лікування цільові рівні АТ були досягнуті у 88% хворих на ГХ з АО. Для досягнення цільових рівнів АТ у 30% хворих було достатньо 2-х компонентної антигіпертензивної терапії (О+Л), у 56% хворих для цього була потрібна 3-х компонентна терапія (О+Л+Н або І) і у 14% хворих – чотирьохкомпонентна (О+Л+Н+І). Цільові рівні холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ) були досягнуті у 63% хворих. Позитивною була динаміка маси тіла – виявлене достовірне її зниження, що привело до достовірного зниження частоти АО – зі 100% (на початку обстеження) до 66% (через 1 рік терапії) ($p < 0,05$): 34% хворих перейшли з категорії "АО I ступеня" до категорії "надлишкова маса тіла" і 20% – з категорії "АО II ступеня" до категорії "АО I ступеня". Достовірно знизилась і частота початкових порушень вуглеводного обміну (ППВО) (порушеної глікемії натще та порушення толерантності до глюкози) – з 40% до 27% ($p < 0,05$).

Висновки. Однорічна антигіпертензивна терапія адекватними з точки зору впливу на метаболічні порушення препаратами та тлі середньодозової терапії аторвастатином та дієтичних рекомендацій проявляє виражений клінічний ефект у хворих на ГХ з АО: цільові рівні АТ досягаються у переважної більшості хворих, достовірно знижується частота АО і ППВО. Разом з цим очевидним є недостатній контроль за рівнями ліпідів в крові у даної категорії хворих, що обумовлює необхідність використання більш високих доз гіполіпідемічних препаратів з більш ретельною їх індивідуалізацією.

СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Мікулець Л. В.

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

Актуальність. На сьогоднішній день залишається актуальним питання змін гепатобіліарної системи (ГБС) при ревматоїдному артриті (РА). У пацієнтів на РА ураження ГБС може бути спровоковане як патологічним процесом, так і внаслідок медикаментозного лікування.

Мета: дослідити стан гепатобіліарної системи у хворих на ревматоїдний артрит за допомогою ультразвукової діагностики.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 109 хворих на ревматоїдний артрит, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні КМУ МКЛ №3 м. Чернівці. Діагноз верифіковано згідно критеріїв, запропонованих ARA/EULAR (2010), наказу МОЗ України №263 від 11.04.2014. Розподіл хворих на РА за ступенем активності становив: I ступінь – 47 хворих, II – 62. Дослідження стану ГБС виконували за допомогою ультразвукового апарату Ultrasonix, SonixOP із застосуванням конвексного датчика C7-3/50/.

Результати дослідження. При УЗ обстеженні ГБС у хворих із РА було виявлено: збільшення розмірів печінки – у 77 (70,6 %), за рахунок правої доли – у 64 (58,7%), лівої доли - у 56(51,4%); ехогенність печінки: нормальна – у 44 (40,4 %), знижена – у 16 (14, 7%), підвищена – 49 (44,9%); ехоструктура: однорідна – у 42 (38,5%), неоднорідна – 67 (61,5%), щільність печінки: ущільнена – у 72 (66,1%), не ущільнена – 37 (33,9 %), судинний малюнок: збережений - у 43 (39,5%), збіднений – у 66 (60,5%); жовчні протоки і вени: розширені – у 12 (11,0%), не розширені – у 97 (89%). При дослідженні жовчного міхура виявили: збільшення розмірів жовчного міхура – у 78 (71,6%), потовщення стінок – у 81 (74%). Деформація жовчного міхура виявлена у 56 (51,4%) хворих, найбільш частіше зустрічались: перегин в ділянці шийки жовчного міхура – у 32 (57,1%), перегин в ділянці тіла – у 21 (42,9%), потовщення стінок – у 67(61,5%). Вмістом жовчного міхура частіше була гомогенна жовч – у 75 (68,8%), конкременти виявляли – у 11 (10,1%) та у 12 (11,0%) пацієнтів вміст жовчного міхура не візуалізувався.

Висновки. Таким чином, у хворих на ревматоїдний артрит спостерігались патологічні зміни зі сторони гепатобіліарної системи. Для раннього виявлення уражень гепатобіліарної системи у пацієнтів на РА необхідно призначення в комплексному обстеженні УЗД (особливо у пацієнтів з високим ступенем активності ревматоїдного процесу та тривалим його перебігом), що дасть можливість розпочати відповідне лікування і запобігти розвитку ускладнень.

DIFFICULTIES IN MYXOMATOUS DIAGNOSTICS

Molotyagin D. G.

Kharkov National Medical University, Ukraine

Tumor lesion of the heart is a hardly-investigated area of clinical medicine, which can be explained by the relative rarity of such pathology, its` polymorphic clinical symptoms and the complexity of intravital diagnosis.

A new unified classification of heart tumors, which would satisfy both clinicians and pathologists, has not been developed yet due to the complexity of neoplasms morphological variants, the ambiguity of histogenesis, as well as the ambiguity of the clinical diagnostics and prognosis.

The aim of this research was to analyze existing data on myxomatous diagnosis of heart disease.

Myxomatous heart disease is the most common form (30.5% of cases). Clinical data, amount of relapses, the indication of malignant degeneration, the implantation cases and multicentric growth, family cases and a mux between twins – all of the above-mentioned provide powerful evidences of the heart mux tumor`s origins. However, the tissue source of this neoplasm and the distinctions of its morphogenesis are still unresolved. After the implementation of markers as a research tool for endothelial cells, more and more adherents of the endothelial theory of the heart mux are emerging.

Myxomatous heart disease is a serious pathology, characterized by a variety of clinical distinctions and full absence of pathognomonic traits. At the same time, the establishment of a correct diagnosis is hindered by the absence of manifestations of the disease for the majority of patients and signs of a general reaction of the organism to the tumor process. Therefore, the intravital diagnosis of the disease is extremely complicated, though possible due to the clinical vigilance in terms of deceases interpretation throughout the history, the timely conduction of specialized studies, primarily echocardiography, that allowed us to visualize the tumor and determine the tactics of patients` treatment correctly.

Thus, myxomatous heart disease is an actual discipline in cardiac pathology and is highly valued among the physicians of various specialties, having its rare occurrence of this in clinical practice, low vigilance, absence of clear algorithms for treating patients with this decease and torpidity of drug therapy.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА

Молотягина С. П., *Гуйда П. П.

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

**Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Болезнь Рейтера (уретро-окуло-синовиальный синдром) (БР) – воспалительный процесс, развивающийся в большинстве случаев в тесной хронологической связи с инфекциями мочеполовых путей и кишечника и проявляющийся триадой – артрит, уретрит, конъюнктивит.

В клинической картине заболевания наблюдаются признаки поражения суставов, глаз и мочевыводящих путей, появляющиеся одновременно или последовательно и сопровождающиеся умеренной лихорадкой. Суставной синдром при БР обычно начинается с асимметричного полиартрита, олиго- или моноартрита с различной степенью выраженности, а также с различными течением и продолжительностью (от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет). Чаще поражаются суставы нижних конечностей, при этом характерен восходящий характер поражения – от пальцев стоп до коленных суставов. При вовлечении в процесс пальцев стоп развивается сосискообразная деформация (дактилит). Кожа над пораженными суставами гиперемирована, горячая на ощупь. Часто наблюдаются утренняя скованность и боль в спине после длительного отдыха. У 75% больных имеются клинические признаки сакроилеита и одностороннего спондилоартрита. Важным диагностическим критерием БР является поражение связок и бурс с развитием пяточных фасциитов, энтезопатии, тендинитов, бурситов, пяточных шпор, тендовагинитов голеностопных суставов.

Глазная патология может проявляться конъюнктивитом, иритом, иридоциклитом, увеитом, эписклеритом. Поражение глаз может быть единственным или первым признаком БР. К урогенитальным проявлениям БР относятся уретрит, цистит, простатит, эндоцервицит, аднексит, пиелонефрит. Характерными являются кольцевидный баланит, характеризующийся мелкими язвами на головке или теле полового члена, или баланопостит. При поражении кожи наблюдаются бленоррагическая кератодермия, гиперкератоз, псориазоподобные высыпания, дистрофия ногтей и перionychиальные изменения. На слизистых оболочках твердого неба, щек, языка и губ отмечаются множественные эрозии.

Относительно редко при БР наблюдаются висцеропатии – миокардит, эндокардит, недостаточность аортального клапана, нефрит и др.

Диагностика БР базируется в первую очередь на клинической картине заболевания. Большую ценность в диагностике имеют рентгенологические исследования костей и позвоночника. Знание особенностей клиники БР будет способствовать своевременному установлению правильного диагноза и назначению рациональной терапии.

СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Молоотягина С. П.,* Гуйда П. П.

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

**Харьковский национальный медицинский университет,*

Ревматические болезни (РБ), в основе которых лежит поражение соединительной ткани и сосудов, характеризуются полиморфизмом и сходностью клинических проявлений многих из них. Нередко в ревматологии встречаются сочетанные формы РБ. Классическим примером сочетанной формы РБ является синдром Шарпа (смешанное заболевание соединительной ткани), представляющий собой клинико-иммунологический синдром системного поражения соединительной ткани и проявляющийся сочетанием отдельных клинических признаков системной склеродермии (ССД), системной красной волчанки (СКВ) и полимиозита/дерматомиозита (ДМ/ПМ). Нами наблюдались 8 больных (7 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 47 до 76 лет с типичным синдромом Шарпа.

Клиническая картина синдрома Шарпа складывается с признаков ССД (синдром Рейно, отечность кистей, гипокинезия пищевода), СКВ и ПМ/ДМ (суставной синдром, мышечная патология, серозиты), имеющих некоторые особенности. Так, синдром Рейно протекает мягче без развития язв или некрозов, а отечность кистей практически никогда не завершается индурацией и атрофией кожи с развитием склеродактилии. Суставной синдром наблюдается практически у всех больных в виде полиартралгий и неэрозивного полиартрита. Серозиты развиваются реже, чем при СКВ. Особенностью синдрома Шарпа является также редкость поражения почек (у 10-15% больных). Течение заболевания, как правило, благоприятное.

Кроме синдрома Шарпа, нами наблюдались также различные сочетания других РБ: ССД с СКВ (у 7 больных), ССД с ДМ (у 3), ССД с ревматизмом (у 3), ССД с синдромом Шегрена (у 2), СКВ с антифосфолипидным синдромом (у 5), СКВ с синдромом Шегрена (у 1), СКВ с очаговой склеродермией (у 1), ревматоидного артрита с ревматической полимиалгией (у 7), геморрагического васкулита с ревматической полимиалгией (у 1). В одном случае отмечалось сочетание отдельных форм склеродермической группы болезней – диффузного эозинофильного фасциита и очаговой склеродермии и еще в одном случае – разных форм системных васкулитов – узелкового полиартериита и синдрома Бехчета.

Наличие перекрестных синдромов между РБ, как свидетельствуют наши наблюдения, значительно затрудняет правильную диагностику.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают возможность развития перекрестных синдромов между различными РБ, что необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики и выборе лечебной тактики.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Мосійчук Л. М., Демешкіна Л. В., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпро, Україна

Мета: визначити основні фактори ризику розвитку передракових змін слизової оболонки (СО) шлунка (Ш) у хворих на атрофічний гастрит.

Матеріал та методи. Дослідження особливостей харчування, стилю життя було проведено 38 хворим за допомогою анкетування. Згідно Європейських рекомендацій MAPS були розподілені на групи за поширеністю кишкової метаплазії (КМ): I група – атрофія СО Ш без КМ (n=5), II – атрофія СО Ш з КМ, обмеженою антральним відділом шлунка (n=12), III (n=21) – атрофія СО Ш з дифузною КМ.

Результати та обговорення. Наявність родичів першого ступеня з онкозахворюваннями відзначила третина пацієнтів з КМ, найбільший відсоток мав місце у хворих з тотальною КМ (38,1%). Гостру стресову ситуацію, яка негативно впливає на стан їх здоров'я, переважна більшість хворих пов'язує зі смертю близьких, причому в групі з тотальною КМ частота цієї причини в 2 рази більша, ніж в II групі. В той же час хронічний психоемоційний стрес частіше відзначають хворі з атрофією СО Ш (80,0%). При дослідженні особливостей харчування встановлено, що переважна більшість пацієнтів (80,0% в I, 91,7% – в II та 85,7% – в III групі) вживають мариновані продукти в невеликій кількості, проте лише 11,1% (2 з 18) хворих III групи вживають їх щоденно. Жарені продукти не вживають четверта частина опитаних, з решти 9,1% з КМ вживають їх у великій кількості. Щоденний їх прийом відмітили 15,2% пацієнтів з КМ, причому в III групі ця частота в 2 рази вища і становить 26,7% проти 11,1% в II групі. Серед хворих з лише атрофічними змінами СО Ш значно рідше вживають ці продукти і не частіше, ніж 1 раз в 2-3 дні. Що стосується копченостей, то 80,0% анкетованих I групи вживають їх в невеликій кількості і рідше, ніж 1 раз у 2-3 дні. Половина хворих з КМ вживає їх дуже рідко (1 раз у 2-3 дні), а щоденно – 12,5% пацієнтів II та 16,7% – III груп. За даними кореляційного аналізу виявлено зв'язки між наявністю у пацієнтів КМ і онкоспадковості ($r=0,35$; $p=0,044$), а також з частотою прийому маринованих ($r=0,36$, $p=0,043$) і копчених продуктів ($r=0,43$, $p=0,034$). Встановлені кореляції між наявністю хвороби у близької людини та рН шлункового соку ($r=0,69$; $p=0,0009$) і між наявністю стресу щодо власного здоров'я та вмістом гексозамінів в шлунковому соці ($r=-0,39$; $p=0,038$).

Висновки. До факторів, які ініціюють більш глибокі перебудовні зміни в СО Ш, на наш погляд, слід віднести наявність у пацієнтів родичів першого ступеня з онкозахворюваннями, тривалий психоемоційний стрес і вживання маринованих та копчених продуктів.

H.PILORI AND MORPHOFUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC MUCOSA IN PATIENTS WITH INTESTINAL METAPLASIA

Mosychuk L. M., Oshmianska N. Y., Gaidar Y. A.

SI "Institute of Gastroenterology" of NAMS of Ukraine

Aim of the study – to analyze the relationship between H.pilori and the severity of morphological changes in the gastric mucosa.

Methods. Study has been conducted with the participation of 33 patients with confirmed intestinal metaplasia. The material for the study of structural changes was presented as biopsies obtained during fibrogastroscopy, which was characterized by the morphological study. H. pylori infection has been identified morphologically using cytology slides stained by Romanovsky-Giemsa method.

Results. It is shown that the overall incidence of Hp for non-atrophic forms of chronic gastritis was lower than for atrophic, the detection rate of Hp in patients with intestinal metaplasia type I-II and dysplasia was significantly higher than that in the group of patients with atrophic gastritis without rebuilding of the native glands ($p < 0.05$).

Conclusion. Among patients with metaplastic changes localized to the epithelium of the antrum ($n = 12$) H. Pylori infection was encountered in 8.3% of patients, antral infiltration was predominantly mild or severe, it in most cases (57.3%) joined infiltration of the fundus department. Foveolar gland hyperplasia native manifested in the antral only in 16.6% of cases. Patients with totalnymy metaplastic changes, or metaplasia epithelium fundus of the stomach ($n = 21$) H. Pylori infection and infiltration in the antral and fundic parts met significantly more frequently ($p < 0,05$), to which 100% of infiltration joined in ang stomach. In 19.1% of cases in the department and fundus in 42.9% of cases detected in antral hyperplasia native glands. The second group of metaplastic changes in the epithelium of the antrum ($n = 12$); Group III totalnymy metaplastic changes, or metaplasia epithelium fundus of the stomach ($n = 21$).

**СУБЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ПОЗАКЛІТИННИЙ МАТРИКС ЯК
МАРКЕР ПОСТПРОМЕНЕВОЇ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ
ТРОМБОЦИТІВ (за даними експериментальних досліджень)**

Набойченко О. А., Торяник І. І.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН

України», м. Харків,

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Тромбоцитам (Т) *in vivo* властива ціла низка важливих функцій, що певним чином визначає діяльність судинної системи, процеси відновлення та репарації, імунітету. З цими клітинами пов'язують негайний запуск гемостазу за рахунок адгезії та агрегації тромбоцитів, що призводить до утворення тромбу; локальний вихід вазоконстрикторів для зменшення кровообігу в ушкодженій ділянці; каталіз реакцій гуморальної системи з утворенням фібринового згустку; ініціацію репаративних процесів у тканинах; регуляцію місцевих запальних реакцій та імунітету.

В експерименті на тваринах (трьохмісячні імбредні самці щурів лінії Вістар Кіото, $n=48$, $m=145-160$ г) досліджували вплив тотального рентгенівського опромінення (апарат РУМ-17: $U=200$ кВ; фільтр – 3,0 Al; тривалість опромінення – 3' 18"; доза – 5, 98 Гр) на будову субендотеліального позаклітинного матриксу магістральних судин центральних та периферичних органів імунопоезу (тимус, селезінка, лімфатичні вузли). Експериментальні результати порівнювали з тими, що отримували за умов інтактного контролю ($n=9$). Об'єктивізація результатів відбувалась із застосуванням комплексу морфологічних методів дослідження (макроскопія, гістологія, електронна трансмісійна мікроскопія). Нативні препарати отримували традиційно. Фіксація матеріалу здійснювалась у формальдегіді/глутаровому альдегіді на фосфатному буфері з відповідним рН. Гістологічні зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, за Ван-Гізоном, азур-еозином. Аналіз змін відбувався у світлооптичному («ЛЮМО», Санки-Петербург, Російська Федерація) та електронному («Olympus», Японія) мікроскопах.

У результаті дослідження встановлено, що нестимульовані опроміненням Т являли собою дископодібні клітини з гладкими поверхнями на мікротубуліновому колі та мембранами, схильними до інвагінацій та контактів із системою чисельних каналів. Постпроменеве ушкодження судинного ендотелію з оголенням субендотеліального позаклітинного матриксу призводило до фізіологічної активації Т та формування характерних тромбоцитарних пробок, що зосереджувались у місцях дефектів шарів стінок. Ініціація колагену та інших протейнів позаклітинного матриксу з мікрофібрилами сприяє специфічному подвійному поєднанню рецепторів глікопротеїнів (Ib) тромбоцитарної пластини з великими мультимерами фактора Виллебранда. Останнє стимулює адгезію Т, суттєві зміни їхньої форми, незворотної секреції вмісту щільних б-гранул, агрегацію та, зрештою, утворення гемостатичного тромбу.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Насиров Ш. Н., Насиров Ж. Н., Бочкова Л. П., Вахидова С. Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) у пациентов хирургического профиля является одним из основных факторов, влияющих на исход оперативного вмешательства. Заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются примерно у 40% больных, идущих на общехирургические операции и обуславливают трехкратное увеличение периоперационной летальности.

Цель работы – изучить распространенность ИБС среди пациентов общехирургического профиля.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 650 больных в возрасте старше 40 лет, поступивших в абдоминальное отделение Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2015 г. ИБС диагностировалась на основании жалоб, анамнеза и данных ЭКГ, снятых до и после проведения абдоминальных операций.

Результаты исследования. ИБС до операции была диагностирована у 157 (24,2%) пациентов: постинфарктный кардиосклероз – у 41 (6,3%), стенокардия напряжения – у 44 (6,8%), аритмическая форма ИБС – 38 (5,8%). У 34 (5,2%) пациентов диагноз ИБС был выставлен на основании данных ЭКГ, снятых без указания клинических форм. На ЭКГ, снятых до операции признаки коронарной недостаточности были выявлены в целом у 86 (13,2%) пациентов. После операции ЭКГ-признаки коронарной недостаточности были обнаружены у 220 (33,8%) пациентов. Значительное возрастание (с 13,2% до 33,8%) количества больных с ЭКГ-признаками коронарной недостаточности в послеоперационном периоде, по-видимому, связано со скрытым течением заболевания при поступлении и обострением его в связи с операционным стрессом. Это обусловлено тем, что любой стресс, в частности, и операционный, сопровождается активацией симпатико-адреналовой системы и повышением катехоламинов в крови, что может вызвать несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, приводящее к ишемии или к периоперационному инфаркту миокарда.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что больные с ИБС, особенно со скрытой ее формой, имеют высокий риск коронарных расстройств. Это требует целенаправленной диагностики ИБС в предоперационном периоде и способствует дифференцированному применению анестезиологических и кардиологических средств, обеспечивающих благоприятное течение анестезии и ИБС.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Насиров Ш. Н., Насиров Ж. Н., Бочкова Л. П., Вахидова С. Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

На современном этапе в литературе уделяется значительное внимание сочетанию ишемической болезни сердца (ИБС) с хирургическими заболеваниями, как фактору возможного влияния на исход оперативного лечения больных. Актуальность данной проблемы связана ещё и с трудностью диагностики ИБС при наличии хирургической патологии. Известно, что операционному стрессу предшествует психоэмоциональный стресс ожидания оперативного вмешательства. Значение стресса в возникновении и обострении ИБС общеизвестно.

Целью нашего исследования было изучение распространенности ИБС среди пациентов с абдоминальной хирургической патологией по результатам патологоанатомического исследования.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов патологоанатомического исследования умерших пациентов в отделении абдоминальной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 2015г. Общее количество больных, умерших после оперативного вмешательства составило 42 человека. Согласно протокола патологоанатомического вскрытия у 9 (21,4%) пациентов смерть наступила от острого инфаркта миокарда, у 18 (42,9%) причиной летальности была абдоминальная патология и сопутствующая ИБС, у 15 (35,7%) – только основная абдоминальная патология без ИБС. Следовательно, общее число больных с коронарной патологией среди умерших в отделении абдоминальной хирургии составило 27 или 64,3%.

Заключение. Согласно данным литературы (N.R Hertres и соавт, 1994, С.М.Ashton и соавт.1993), у больных, которым выполнялись не кардиологические операции, в 60% случаев наблюдалось бессимптомное течение ИБС. Учитывая, что основную часть этой категории больных составляют пациенты со скрытой формой ИБС, у которых повышен риск периоперационных гемодинамических и коронарных расстройств, возникает необходимость целенаправленной диагностики коронарной патологии в предоперационном периоде, что входит в обязанности врача-кардиолога.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Настіна О. М., Білий Д. О.

Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», Київ, Україна

Перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС) у жінок має свої особливості, пов'язані з іншими, ніж у чоловіків, патогенетичними механізмами захворювання. Відомості про стан міокарда у жінок учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС та порівняльна характеристика з даними у чоловіків УЛНА обмежені. Тому визначення гендерних особливостей показників структур і функцій міокарда лівого шлуночка (ЛШ) в УЛНА має особливу актуальність.

Мета. Визначити гендерні особливості ремоделювання ЛШ серця в УЛНА на ЧАЕС з хронічною ІХС у відділений період після аварії.

Об'єкт і методи. Обстежено хворих на ІХС УЛНА: 330 чоловіків (група 1) і 88 жінок (група 3); хворих, які не зазнали впливу іонізуючого випромінювання (контроль): 145 чоловіків (група 2) та 88 жінок (група 4). Середній вік хворих склав ($63,6 \pm 10,5$), ($68,2 \pm 7,2$), ($65,0 \pm 10,7$) і ($67,6 \pm 8,1$) років відповідно ($p > 0,05$). Стандартизоване обстеження хворих включало еходопплеркардіографічне дослідження (ЕхоКГ) з використанням Diagnostic Ultrasound System DS-N3 (Mindray).

Результати. Встановлено, що ІХС в УЛНА і пацієнтів контролю, незалежно від статі, була однією із найпоширеніших хвороб системи кровообігу. У жінок УЛНА і контролю з ІХС була достовірно більшою відносна товщина стінок лівого шлуночка, ніж у чоловіків. У чоловіків переважала гіпертрофія задньої стінки лівого шлуночка, а у жінок – міжшлуночкової перетинки. Однак середнє значення маси міокарда (ММ) ЛШ та її індексу у чоловіків УЛНА і контролю значно переважало дані у жінок ($p=0$). У обстежених чоловіків зареєстровано 73,5 % випадків гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), у жінок – 80,7 % ($p < 0,05$). Загальна кількість випадків ГЛШ у жінок УЛНА з ожирінням ($IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$) достовірно переважала дані у чоловіків на 15,8 % ($p < 0,01$), в контролі – 22,6 % ($p < 0,001$). Кількість випадків ГЛШ у жінок УЛНА з ожирінням II-III ст. в 3,2 рази переважала дані у чоловіків УЛНА ($p < 0,001$), в той час як в контролі відмінність була незначна. У чоловіків УЛНА фракція викиду була меншою, ніж у жінок на 3,4 % ($p=0,004$).

Висновок. Показники структурно-функціонального ремоделювання серця у жінок учасниць ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС обґрунтовано можна розглядати як детермінанти тяжкості перебігу ІХС. Необхідним є контроль їх в динаміці лікування для оцінки ефективності лікування та відбору хворих з високим ризиком небезпечних ускладнень.

**ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
У ЧОЛОВІКІВ З ТРИВАЛОЮ ЗВИЧКОЮ ТЮТЮНОКУРІННЯ,
РЕАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ОБМЕЖЕННЯ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ
І ПРОГРЕСУВАННЯ НЕБЕЗПЕЧНИХ НАСЛІДКІВ**

**Настіна О. М., Курсіна Н. В., *Хомазюк В. А., Сидоренко Г. В.,
Хомазюк І. М.**

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Визначити зміни стану хворих, що виникають при поєднанні АГ зі звичкою тютюнокуріння та оцінити можливості зменшення їх впливу.

Об'єкт і методи. Обстежено 228 чоловіків до 60 років з АГ і звичкою тютюнокуріння (група 1) та 100 – без неї (група 2). Стандартизоване обстеження хворих включало вимірювання артеріального тиску (АТ), добове моніторування АТ, електрокардіограми, ехо-доплеркардіографію (ЕхоКГ), велоергометрію.

Результати. У курців АГ виникала в 2 рази частіше і у більш ранньому віці, із різницею відносно контролю більше 5 років. Достовірно більшими були індекс часу, варіабельність АТ, особливо у нічний час, переважав добовий профіль АТ з недостатнім нічним зниженням АТ і нічною гіпертензією. Реакція куріння підвищенням АТ деякий час була короткочасною, продовження куріння сприяло стабілізації підвищення АТ. Достовірно більшою в групі 1 була частота гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ). Маркерами ГЛШ були вольтажні зміни ЕКГ, тривалість комплексу QRS, депресія сегменту ST, ЕхоКГ-показники товщини та маси міокарда. Індекс маси міокарда у більшості був в межах помірних змін, у 26,3% перевищував 170 г/м². У курців частіше була діастолічна дисфункція ЛШ (ДДФ). Ранньою ознакою її був перерозподіл трансмітрального потоку крові при збереженій систолічній функції. При значній ГЛШ частота ДДФ досягала 70%. У 20,3% в групі 1 зареєстровані безбольові епізоди ішемії міокарда. Тривалість епізоду ішемії при помірній ГЛШ досягла 5,1±1,3 хв, значній - 13±3 хв, частота парних та групових шлуночкових екстрасистол перевищувала дані контролю в 1,9 рази. Достовірно меншою в групі 1 була порогова потужність, тривалість навантаження, об'єм виконаної роботи. Встановлено кореляцію між контролюємими показниками і кількістю цигарок за добу. В динаміці постійного лікування на основі антигіпертензивної терапії із доказово доведеною ефективністю відбувалися достовірні зміни АТ і його добового профілю. Відновлення визначених змін потребує тривалого часу.

Висновок. Реальні зміни контролюємих показників у чоловіків із звичкою тютюнокуріння суттєво перевищували контрольні. Постійний фармакологічний контроль артеріального тиску на основі застосування інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту з додаванням кардіопротекторів в поєднанні з відмовою від звички куріння покращують реальні можливості забезпечення ефективного структурно-функціонального регресування міокарда.

**ФАКТОРЫ КАРДИО-ВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО
ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ**

Немцова В. Д., *Олейник О. В.

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

Цель: изучение гормонально-метаболических показателей и факторов кардио-васкулярного риска в зависимости от состояния сосудистого эндотелия (СЭ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и субклиническим гипотиреозом (СГ).

Материалы и методы. В зависимости от уровня десквамированных циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в крови 74 пациента (29 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет с АГ II стадии и СГ были разделены на 2 группы: 1 группа – с умеренно выраженной степенью повреждения стенок сосудов (уровень ЦЭК до 10 кл./100 мкл), 2 группа – с выраженной степенью повреждения стенок сосудов (уровень ЦЭК более 10 кл./100 мкл). Контрольная группа – 20 здоровых добровольцев. Определяли состояние углеводного, липидного, тиреоидного обмена, состояние функции эндотелия, структурное состояние сонных артерий с определением кровотока в общих сонных артериях (ОСА) и толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ).

Результаты: У больных с АГ и СГ отмечены существенные изменения СЭ: 26 пац. составили 1-ю группу и 48 пац. – 2-ю группу, на фоне увеличения плазменного уровня высокочувствительного С-реактивного протеина ($p < 0,05$), ТКИМ ОСА ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. Во 2-й группе по сравнению с первой группой пациентов наблюдалась более выраженная дислипидемия ($p < 0,05$), гипергликемические сдвиги и признаки инсулинорезистентности (ИР), женщин было почти в 2 раза больше, чем мужчин. При анализе структурно-морфологических изменений сосудов у пациентов с АГ и СГ было выявлено усугубление структурных изменений сосудистой стенки у лиц с более высоким содержанием ЦЭК ($p < 0,05$).

Выводы: у пациентов с артериальной гипертензией и субклиническим гипотиреозом выявлена эндотелиальная дисфункция, которая чаще носит выраженный характер и сопровождается выраженной дислипидемией, инсулинорезистентностью на фоне структурно-морфологических изменений сосудов, что подтверждает более высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений у данной категории пациентов.

КОМОРБІДНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В ПОПУЛЯЦІЇ ОСІБ ПІДВИЩЕНОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Несен А. О., Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Ізмайлова О. В.,
Резнікова О. І.

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

Введення. Результати популяційних досліджень вказують на серцево-судинну патологію як головну причину в структурі загальної смертності населення України, саме тому проблема «коморбідності» на тлі підвищеного кардіоваскулярного ризику (КВР) привертає особливу увагу і вимагає поглибленого дослідження.

Мета дослідження: довести, що цукровий діабет (ЦД) 2 типу обтяжливий фактор коморбідності.

Матеріали і методи: відібрані для дослідження особи (n=1041) мали основну коморбідну патологію – поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ) II-III стадії. Так, всіх пацієнтів було поділено на дві групи: I – особи із діагностованим ЦД 2 типу (289 (27,8 %) і II – особи без ЦД 2 типу (752 (72,2 %)).

Результат: в процесі дослідження встановлено: в I групі окружність талії була вищою за 94 см у чоловіків і 80 см у жінок (що свідчило про схильність до абдомінального ожиріння) у 73,3 %, у II групі – 66,4 %. Наявність ожиріння ($IMT \geq 30,0$ кг/м²) встановлено у 52,1 % в I групі та 39,4 % – в групі без ЦД 2 типу. На тлі ожиріння достовірно частіше зустрічалися супутня жовчнокам'яна хвороба (7,1 %) порівняно із хворими з $IMT < 30,0$ кг/м² (12,0 %), $p=0,012$, неалкогольна жирова хвороба печінки – (68,9 %) і (89,9 %), відповідно, $p < 0,001$, ЦД 2 типу – (24 %) і (34 %), $p=0,002$. Більш того, у пацієнтів з ожирінням достовірно вищим був індекс коморбідності Чарлсона ($5,06 \pm 0,14$), ніж у пацієнтів без ожиріння ($4,64 \pm 0,12$), $p=0,022$. Встановлено, що в групі осіб із ІХС, АГ та супутнім ЦД 2 типу оцінюють свою фізичну активність як низьку (тривалість фізичних вправ менше 4 годин на тиждень) 68,5 % осіб, у групі хворих на ІХС, АГ без ЦД 2 типу – 61,3 %, $p=0,032$. На факт тютюнопаління вказували 8,6 % та 8,8 %, відповідно, $p > 0,05$.

Висновки:

1. Коморбідність ІХС з АГ і ожирінням асоціюється з достовірним підвищенням індексу коморбідності, ризику розвитку супутньої патології печінки, жовчовивідних шляхів у осіб із встановленим ЦД 2 типу.

2. Можливість стратифікації групи пацієнтів із ризиком розвитку ЦД 2 типу на тлі серцево-судинної патології і високого КВР є важливою в рамках превентивної медицини, своєчасного призначення лікування і модифікації факторів способу життя, що дасть змогу попереджувати прогресування метаболічних порушень та судинних ускладнень.

ЩОДО ОБСТЕЖЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ РОБОТИ ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ

Ніколенко Є. Я., Боровик І. Г., Ткач С. І., Захаров О. Г.,
Пилипенко Н. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

**Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, Україна*

Мета: визначити проблемні аспекти щодо обстеження працюючих, які виконують роботи підвищеної небезпеки (РПН).

Матеріали: чинні нормативні документи (НД) щодо медичного обстеження працюючих в шкідливих та небезпечних умовах (ШНУ).

За даними Міжнародної організації праці, Україна перебуває в трійці країн Європи з найвищим у рівнем щодо виробничого травматизму (ВТ) з летальним наслідком. ВТ переважає серед працівників, що виконують РПН. За даними Фонду соціального страхування України, серед причин ВТ є психофізіологічні чинники. На жаль, Наказ МОЗ України, який визначає процедуру психофізіологічного обстеження (ПО), включаючи його виконавців, обсяги та періодичність, відсутній. Для ПО працівників щодо РПН лікарі та служба охорони праці керуються спільним наказом МОЗ та Держкомітету по нагляду за охороною праці від 23.09.94 №263/121 „Про затвердження Переліку робіт, де є потреба у професійному доборі”. В цьому наказі наведені види РПН та психофізіологічні показники (ПП) щодо професійного добору. В додатку 5 наказу МОЗ від 21.05.2007 №246 „Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій” наведений перелік робіт, включаючи і РПН. Згідно з обсягом обстежень, що наведений в додатку 5 наказу МОЗ від 21.05.2007 №246, лише виконання деяких видів робіт потребує визначення ПП працюючих. Ці роботи зазначені в пунктах 1, 9, 10 додатку. При цьому непридатність до виконання РПН за ПП навіть не включена до переліку протипоказань в пп. 9 і 10 цього додатку. В роботі щодо попередження ВТ фахівці Державної служби з питань праці керуються Наказом від 26.01.2005 №15 „Перелік робіт з підвищеною небезпекою” та Постановою КМУ від 26.10.2011 №1107 „Про затвердження Порядку видачі дозволів на виконання робіт підвищеної небезпеки...”, в яких не зазначені психофізіологічні показники щодо професійного добору.

Певна роль у розвитку ВТ серед працівників, що виконують РПН, належить синкопальним станам (СС), раптовій серцевій смерті (РСС) тощо. В наказі МОЗ від 21.05.2007 №246 не зазначені захворювання та синдроми, які асоційовані з ризиком розвитку СС чи РСС.

Отже, є нагальними розроблення та затвердження порядку психофізіологічного обстеження працюючих в шкідливих та небезпечних умовах; конкретизація переліку захворювань і станів, що є асоційованими з високим ризиком синкопальних станів чи РСС, визначення обсягу додаткових обстежень щодо оцінювання ризику розвитку СС та РСС тощо.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Оврах Т. Г., Серик С. А., Бондарь Т. Н., Клименко Т. И.

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

Цель работы: сравнить значение цистатина С и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в прогнозировании риска повторных сердечно-сосудистых событий (ССС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) в течение 12 месяцев после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. Обследовано 59 больных ИБС с СД, которые за 4-6 недель до включения в исследование перенесли ОКС. Всем пациентам при включении в исследование измеряли уровень цистатина С иммуноферментным методом, СКФ рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ. Период наблюдения составил 12 месяцев после ОКС, на протяжении которого регистрировались повторные ССС (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, смерть). Для оценки предикторных значений использовали ROC-анализ. Анализ факторов, которые влияли на риск развития повторных ССС, проводился при помощи многофакторной регрессионной модели Кокса.

Результаты. Отрезное значение цистатина С в прогнозировании риска развития повторных ССС по данным ROC-анализа составило 1942,62 нг/мл ($AUC = 0,73$, $95\% CI = 0,58-0,84$, $p = 0,0018$), чувствительность 82,6%, специфичность 64,3%. Достоверной связи СКФ с риском развития повторных ССС в течение 12 месяцев после ОКС не обнаружено ($AUC = 0,52$, $95\% CI = 0,38-0,65$, $p = 0,83$). Уровень цистатина С в сыворотке крови выше 1942,62 нг/мл вошел в группу значимых прогностических факторов риска развития повторных ССС в многофакторной регрессионной модели Кокса ($R^2 = 0,65$, $p < 0,001$) ($OR_{\text{цистатин С}} = 3,78$, $95\% CI = 1,14-12,56$, $p = 0,030$), среди которых был гематокрит, проведенное чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ), уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, систолического артериального давления, длительность СД. СКФ (как и фракция выброса левого желудочка, пол, возраст, диастолическое артериальное давление, уровень глюкозы крови натощак, курение, индекс массы тела) хоть и вошла в модель, однако влияние СКФ на риск ССС оказался незначимым – $OR_{\text{СКДЕРІ}} = 1,19$, $95\% CI = 0,39-3,62$, $p > 0,05$.

Выводы. Повышение уровней цистатина С является значимым предиктором развития повторных ССС у больных ИБС в сочетании с СД на протяжении 12 месяцев после перенесенного ОКС, тогда как влияние СКФ на риск развития повторных ССС у больных СД после перенесенного ОКС не достигало статистической значимости.

ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В СУЧАСНОМУ СВІТІ

Овчаренко Л. К., Циганенко І. В.

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

Мета: знизити ризик розвитку серцево-судинних захворювань серед працюючого населення в умовах сучасного темпу життя задля збереження трудового потенціалу та очевидного зменшення витрат на діагностику та лікування в подальшому.

Дане питання є надзвичайно актуальним, оскільки всім добре відомо, що кардіо-васкулярні порушення займають провідні місця у структурах захворюваності та смертності не лише серед населення України, а й в цілому світі. Відповідно, і супроводжуються значними витратами.

Нераціональне та неповноцінне харчування зумовлюють розвиток багатьох захворювань шлунково-кишкового тракту (гастрити, холецистити, панкреатити і т.д.). Внаслідок цього виникає ряд обмінних порушень, в тому числі і дисліпідемія, яка є фактором ризику розвитку атеросклеротичного ураження судин. Додається ще гіподинамія, оскільки сучасній людині не потрібно навіть кудись йти, щоб вирішити ряд питань, адже майже кожний має доступ до інтернету. Необхідно збільшити рівень первинної профілактики та заохотити населення до розширення рухової активності і корекції свого раціону з обов'язковим включенням омега 3 жирних кислот, які при регулярному прийомі можуть замінити застосування багатьох гіполіпідемічних препаратів. Порівнюючи показники здоров'я сільського та міського населення виявлено, що компенсаторні можливості перших значно ширші. Таким чином, і тривалість періодів лікування та реабілітації коротша. Це, беззаперечно, пов'язано з тим, що рівень фізичної активності у мешканців сільської місцевості перебуває на достатньому рівні, а продукти харчування за своїм складом та органолептичними властивостями задовольняють фізіологічні потреби організму. Сучасне покоління у містах віддає перевагу швидкому перекусу, який не може повноцінно компенсувати витрати енергії.

Не впливаючи на фактори ризику, з якими стикається населення в умовах сучасності, ми зумовлюємо різкий стрибок кардіо-васкулярних захворювань в майбутньому, які й так займають провідні позиції.

РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ПРИ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Ольховская А. Д., Молодан В. И.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра внутренней медицины №1, Украина*

Острый интерстициальный нефрит (ОИН) – полиэтиологическое заболевание, в генезе которого лежит повреждение эпителия базальной мембраны канальцевого отдела нефрона и интерстициальной ткани. Характеризуется наличием воспалительных инфильтратов и отека в пределах интерстиция, лейкоцитурии абактериального генеза и манифестирует острым ухудшением функции почек.

В клинику поступила больная Н., 41 год, с жалобами на выраженную общую слабость, недомогание, выраженные периферические отеки, чувство тяжести в поясничной области, подъемы температуры тела до 39.2°C, резкое снижение количества выделяемой мочи.

Из анамнеза известно, что неделю назад был эпизод подъема температуры до 38°C, самостоятельно 4хкратно принимала жаропонижающее НПВС.

Через 5 дней отметила значительное ухудшение состояния: усилилась общая слабость, подъем температуры тела до 39°C, появились отеки конечностей, лица, резко снизилось количество мочи. После ухудшения состояния вызвала МСП, госпитализирована. Объективно при поступлении выявлена бледность кожных покровов, выраженные периферические отеки. Температура тела 38.0°C. АД 140/90 мм рт. ст. Мочеиспускание безболезненное, 200 мл в сутки. В результатах лабораторных исследований обращала на себя внимание: протеинурия до 3 г/л, гиперстенурия (1024), гиперазотемия (креатинин 555 мкмоль/л, мочевины 17 ммоль/л), гипопроteinемия (42 г/л), гемоглобин 90 г/л, СОЭ 47 мм/ч.

На основании вышеперечисленных данных был выставлен клинический диагноз: Острый медикаментозный интерстициальный нефрит. ОПН от 06.10.16, стадия олигоанурии. В качестве терапии была проведена новокаиновая блокада, дезинтоксикационная терапия, стимуляция диуретиками, энтеросорбция, сосудистая терапия. На фоне лечения в течение трёх недель функция почек восстановилась до нормальных показателей, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Стоит обратить внимание, что патогенетическая терапия, как правило, исключает назначение стероидов и цитостатиков из-за их неэффективности, в случае медикаментозного ОИН. Отмена этиологического фактора приводит к выздоровлению до 90% больных без назначения глюкокортикостероидов.

Данный клинический случай акцентирует внимание на необходимости внимательного назначения НПВС, учитывая риск развития медикаментозного острого повреждения почек.

АГРЕГАЦІЯ ХРОМАТИНУ ЯК РАННЯ ОЗНАКА АУТОЛІЗУ КЛІТИН

Ольховський В. О., Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

Аутоліз являє собою еволюційно створену ознаку біологічного об'єкту гідролізувати власні структури різного рівня. Сучасні дослідники в аутолізі бачать не лише один із механізмів утилізації/розкладення, але й збереження біологічних структур різного рівня організації, тобто аутоліз є невідомою частиною життя. Він різниться від процесів травлення та має чітку зкоординованість відповідно власних структур організму. Філогенетична історія аутоліза складна та пов'язана із аутофагією – найдавнішим типом травлення, значення якого для сучасного висоорганізованого організму цілком не втрачене. Характеризуючи аутоліз, його дослідники звертають увагу на принцип полікомпонентного розпаду, який є ґрунтовним для цього процесу, з одного боку, в сенсі здійснення на різних структурних рівнях. З іншого, забезпечення досягається концентрацією у лізосомах широкого спектру гідролітичних ферментів, спроможних розщепляти сполуки різних класів. Саме з моменту утворення у клітинах аутолізосом, що фіксується не лише морфологічними методами, починається аутоліз/ аутолітичний некроліз (некротизована клітина піддається дезінтеграції засобами власних ферментів). Його подальшими ознаками та водночас наслідками стають утилізації власних компонентів клітини, на кшталт, мітохондрій, рибосом, що вважається поштовхом до старту реутилізації пластичних резервів. Таким чином, всі попередні явища стають ланками цілісного ланцюга патоморфологічно суворо окреслених прогресивних процесів (регенерації, розмноження, гіпертрофії), які попереджують/ завершують акти патологічного сценарію. Отже, життєвий аутоліз, не зважаючи на всю еволюційність перебудов, спонукає організм до постмортальних процесів. Вони не співпадають у часі (принцип гіперхроніки) та утруднено ідентифікуються. Однак один надійний маркер зазначених явищ існує. Мова йдеться щодо механізмів реєстрації та підтримки постійного складу хроматину (ступень дисперсності колоїдів ядра з дезінтегративним набухненням, підвищенням його прозорості та підкресленістю контурів його мембрани). З огляду на те, що саме у ядрі міститься вся спадкова інформація, стає зрозумілою природна ґрунтовність створення потужних захисних механізмів, які координують структурно-функціональну активність клітин і тимчасово стримують дію агресивних факторів із зовні. У разі, коли патологічний вплив носить надпосилений характер, захист клітини стає слабким, а вплив на структурні носії спадкової інформації більш суттєвим (від поверхневого ушкодження до повного руйнування).

Таким чином, у експертних препаратах доводиться діагностувати ознаки атипової агрегації хроматину – одного із ранніх та вірогідних маркерів аутолізу.

ФЕНОТИПЫ – БУДУЩЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Оспанова Т. С., Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., Пионова Е. Н., Трифонова Н. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: оценить роль почек в формировании фенотипов при (ХОЗЛ) для разработки стратегии персонафицированной терапии.

В настоящее время ХОЗЛ признано гетерогенной болезнью, включающей различные варианты (фенотипы), выделяемые согласно клиническим признакам, особенностям течения, различным биомаркерам, ответу на лечение [GOLD 2013-2016г]. В многочисленных вариантах фенотипов не учитывается роль почек как важнейшей составляющей регуляции гомеостаза.

Нами обследовано 30 пациентов, страдающих ХОЗЛ различной степени тяжести: группу В составили 9 больных, группу С – 13, группу D – 8 пациентов. Исследованы общеклинические показатели, в том числе уровни С-реактивного белка, иммуноглобулина Е в крови, показатели липидного обмена, результаты ЭхоКГ, компьютерной спирографии, пульсоксиметрии и другие (всего 31 показатель). На основании исследования скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (расчет по формуле Состофт-Gault) больные были разделены на 2 группы: 1 группу составил 21 больной со СКФ меньше 90 мл/мин, ко 2 группе отнесены пациенты со СКФ более 90 мл/мин.

Результаты обработаны непараметрическими статистическими методами с оценкой различий между группами пациентов с помощью критерия Манна-Уитни. Достоверные отличия ($p < 0,05$) показателей 1 и 2 групп выявлены для возраста пациентов, частоты обострений и выраженности коморбидности. Это позволило выделить фенотип ХОЗЛ с учетом функции почек: СКФ менее 90 мл/мин, возраст пациентов более 61 года, частота обострений более 2 в год и тяжесть сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа).

Выделение фенотипа, основанного на результатах доступных практическому врачу исследований, поможет осуществить персонафицирование терапии с учетом состояния почек, будет способствовать уменьшению риска развития хронической болезни почек. Продолжение исследований в этом направлении покажет его перспективность для улучшения диагностики и оптимизации терапии ХОЗЛ.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ МОРФОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНАХ ШЛУНКА

Ошмянська Н. Ю., Галенко О. П., Петішко О. П., Петренко В. Г.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро

Матеріали та методи. Дослідження проведено на матеріалі 38 гастробіоптатів хворих із хронічним гастритом (з тіла шлунка та антрального відділу шлунка по 2 біоптати з малої й великої кривизни, та 1 біоптат з перехідної зони). Для морфометричного дослідження зрізи, забарвлені гематоксиліном і еозином, фотографувалися за допомогою імерсійного об'єктиву при збільшенні X1000 світлового мікроскопа XSP-139TP («Ulab», Україна), фотоапаратом «Canon PowerShot A630» (Японія) та вимірялися за допомогою програмного забезпечення ImageJ 1.45S («National Institutes of Health», USA).

Результати дослідження. За даними гістологічного дослідження всіх хворих було розділено на 3 групи: I група з атрофічними змінами гістоструктура слизової оболонки шлунку (n=5); II група з метапластичними змінами в епітелії антрального відділу шлунка (n=12); III група з тотальними метапластичними змінами, або метаплазією епітелія фундального відділу шлунка (n=21).

Висновки. Фовеолярна гіперплазія нативних залоз частіше за все виявлялась у хворих III групи (у 19,1 % випадків в фундальному відділі та в 42,9 % випадків в антральному відділі), інфікування *H. Pylori* та інфільтрація в антральному та фундальному відділі також зустрічались достовірно частіше ($p < 0,05$). Морфометричне дослідження показало виражене достовірне зменшення ядерно-цитоплазматичного співвідношення в II групі до $0,12 \pm 0,04$ %. Коефіцієнт еліптичності ядер нативних клітин зменшувався із розвитком кишкової метаплазії, та у I групі він дорівнював $0,76 \pm 0,04$ %, для II групи становив $0,65 \pm 0,11$ %, а для III групи – $0,41 \pm 0,12$ %.

ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Пажанковская Л. А., Молодан В. И.

*Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1, Украина*

Системная красная волчанка – одно из наиболее тяжелых аутоиммунных заболеваний человека. Характерная особенность СКВ – многообразие дебютов вариантов течения и клинических проявлений. Клиническая картина в дебюте заболевания может разительно отличаться от «классических» описаний СКВ, что нередко вызывает диагностические затруднения не только у врачей общего профиля, но и у ревматологов. В клинику поступила больная М., 24 года с ведущими жалобами головную боль, головокружение, шаткость при ходьбе, дискомфорт в предсердечной области, учащенное сердцебиение, одышку, боли в суставах, мышцах и костях, постоянную субфебрильную температуру, повышение АД до 190/140 мм. рт. ст., эпизодические высыпания на ладонях и стопах, боли в эпигастральной области, диспепсические явления, болезненные афты в ротовой полости, выраженную слабость, снижение трудоспособности, апатию, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что болезнь имеет раннее начало, больная перенесла 2 эпизода тромбозов вен нижних конечностей. С 2009 года – хронический гломерулонефрит, анемия. Объективно: бледность кожных покровов, ангулярный стоматит, увеличены подчелюстные лимфатические узлы. Деятельность сердца аритмична, тахикардия, высокое артериальное давление. На слизистой языка обнаружено 2 язвенных дефекта. Учитывая разнообразие жалоб, больная была тщательно обследована: в неоднократных клинических анализах крови – низкий уровень гемоглобина, тромбоцитоз, значительно ускоренная скорость оседания эритроцитов, протеинурия, гиперхолестеринемия, низкий уровень железа крови. Была консультирована ревматологом и проведена специфическая диагностика – выявлены повышенные антитела к фосфолипину (Ig G) в 2 раза. Антиядерные антитела и антитела к нативной ДНК отрицательные, поскольку на момент обследования больная уже получала адекватную терапию глюкокортикостероидами. Таким образом больной был подтвержден диагноз СКВ.

Несмотря на большое количество исследований, болезнь таит в себе много вопросов. Поэтому, современная тактика при СКВ должна включать не только раннюю диагностику и назначение адекватной терапии, но и поиск возможных клиничко-лабораторных предикторов обострений и неблагоприятного исхода, профилактику осложнений в ходе развития заболевания и в процессе терапии.

РОЛЬ КІЛЕРНИХ КЛІТИН У ПІДТРИМЦІ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ

Панасюкова О. Р., Матвієнко Ю. О., Рекалова О. М., Грабченко Н. І., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б., Коваль Н. Г.

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

Мета: визначення вмісту у крові хворих з ремісією хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та хронічного бронхіту (ХБ) кілерних клітин ((цитолітичних, CD3+16+56+, дубль-позитивних, CD3⁺CD4⁺CD8⁺ Т-лімфоцитів (ТЛф), природних кілерів, CD3⁻16+)).

Методи та матеріали. Імунологічне обстеження було проведено у 45 хворих на ХОЗЛ та у 23 хворих на ХБ. Середній вік хворих на ХОЗЛ (65,6 ± 1,7) років, пацієнтів з ХБ – (56,5 ± 2,9) років. Контрольну групу склали 17 здорових осіб – донорів крові, середній вік (48,9 ± 2,8) років. Методом проточної цитометрії з використанням анти-CD3CD16/56 моноклональних антитіл (BD Biosciences, США) проводили фенотипування лімфоцитів і визначали вміст природних кілерів (НК) (CD3⁻16+), цитолітичних ТЛф (CD3+16+56+) та дубль-позитивних Т-ЛФ (CD3+4+8+).

Результати. Встановлено підвищений відносно контролю вміст в крові обох груп хворих НК клітин (CD3⁻16⁺) – (12,6 ± 1,2) % у хворих на ХОЗЛ та (12,6 ± 1,5) % у пацієнтів на ХБ, в контролі (8,2 ± 1,0) %, p < 0,05. Тільки у хворих на ХОЗЛ був підвищеним відсоток CD3⁺CD4⁺CD8⁺ Т-Лф – (1,9 ± 0,3) % (у здорових осіб (0,9 ± 0,2) % p < 0,05, у пацієнтів на ХБ – (1,3 ± 0,3) %, p > 0,05), а також вміст CD3+16+56+ ТЛф – (5,0 ± 0,9) % (в контролі (2,0 ± 0,4) %, у хворих на ХБ (2,4 ± 0,4) %, p < 0,05).

Висновок. У хворих на ХОЗЛ та ХБ в стадії ремісії визначається підвищена активність природних НК клітин (CD3⁻16⁺). Але у хворих на ХОЗЛ ознаки хронічного запального процесу є найбільшими, з додатковою активацією цитолітичних CD3+16+56+ та дубль-позитивних CD3⁺CD4⁺CD8⁺ Т-лімфоцитів, що в цілому свідчить про триваючу активацію реакцій вродженого та адаптивного імунітету, та може бути обумовлено відповіддю не тільки на інфекційні, але й на неінфекційні агенти (наприклад, проміжні продукти запалення).

Робота виконана за кошти держбюджету України.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУЛОДЕКСИДА В ЛЕЧЕНИИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

**Панченко Н. В., Гончарь Е. Н., Переяслова А. С., Панченко Г. Ю.,
Приходько Д. О.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Представляя собой значительную проблему здравоохранения, диабет является одним из четырёх приоритетных неинфекционных заболеваний, принятие мер в отношении которых запланировано на уровне мировых лидеров. По данным ВОЗ, в 2014 году диабетом страдало около 422 миллиона взрослых во всём мире по сравнению со 108 миллионами в 1980 году.

Диабет всех типов может вызывать осложнения в различных органах и системах и повышать общий риск преждевременной смерти. К возможным осложнениям относится инфаркт, инсульт, почечная недостаточность, ампутация ног, поражение нервной системы и диабетическая ретинопатия.

Поражение органа зрения при сахарном диабете занимает особое место, так как существенно влияет на качество жизни больных, являясь основной причиной прогрессирующего и безвозвратного снижения зрения. У 1/3 лиц, страдающих диабетом 2 типа, ретинопатия выявляется при постановке диагноза. Примерно 2/3 больных этим типом диабета имеют ретинопатию через 20 лет после начала заболевания.

Цель: оценить эффективность применения Сулодексида в комплексном лечении непролиферативной диабетической ретинопатии.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 32 пациента с компенсированным сахарным диабетом 2 типа (47 глаз) в возрасте от 52 до 76 лет. Среди них 18 мужчин и 14 женщин. Не были включены в исследование пациенты с пролиферативной и препролиферативной диабетической ретинопатией, а также те, кому проводились ранее лазерные или хирургические вмешательства. Все пациенты в составе комплексного лечения получали Сулодексид (Вессел Дуэ Ф по 250 LSU – 1 капсула 2 раза в день).

Результаты. В результате проведенных исследований отмечено частичное рассасывание твёрдых экссудатов в 36 глазах (76,6%), в 9 глазах (19%) наблюдалось улучшение остроты зрения, в 14 глазах (29,8%) отмечено улучшение поля зрения.

Выводы: в результате проведенных исследований установлено, что применение Сулодексида способствовало стабилизации остроты зрения и частичному рассасыванию твёрдых экссудатов у пациентов с непролиферативной диабетической ретинопатией.

УВЕИТ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Панченко Н. В., Гончарь Е. Н., Приходько Д. О., Панченко Г. Ю.,
Переяслова А. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Неинфекционный увеит часто протекает на фоне воспалительных заболеваний кишечника, и, по данным S. Yilmaz et al. (2007), возникает у 5,17% пациентов с данными заболеваниями.

Болезнь Крона и неспецифический язвенный колит являются иммуноопосредованными расстройствами неизвестной этиологии, которые поражают главным образом желудочно-кишечный тракт и в 20-40% случаев имеют внекишечную сопутствующую патологию (С.В. Lamers et al., 1997; G. Andrisani et al., 2012).

По данным литературы, частота увеита при болезни Крона колеблется от 1,9% до 4,9% (Z. Chaoui et al, 2005), а при неспецифическом язвенном колите составляет 1,6% (Z. Chaoui et al, 2005). Кроме того, распространенность бессимптомного течения увеита при воспалительных заболеваниях кишечника составляет 12,5% (P. Rychwalski et al., 1997), при болезни Крона – 6,2% (P. Hofley et al., 1993).

Цель. Описать клиническую картину увеита при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите.

Материалы и методы. Под наблюдением находились двое мужчин с болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом. Возраст пациента с болезнью Крона – 38 лет, с неспецифическим язвенным колитом – 42 года. Диагноз верифицировался колоноскопией и прицельной биопсией. В составе базисной системной терапии оба пациента получали Месалазин (производное салициловой кислоты) – по 1000 мг 3 раза в день и глюкокортикостероид Будесонид по 3 мг 3 раза в день. Местно проводилась терапия стероидами.

Результаты. У всех пациентов был диагностирован передний увеит, что согласуется с данными В.И. Korelitz et al. (1967). Изменения на периферии глазного дна, которые были описаны G.W. Zaidman et al. (1971), у наших пациентов не наблюдались. У обоих больных диагностирован односторонний передний увеит, что расходится с мнением Z. Chaoui et al. (2005) о двустороннем характере увеита. У одного пациента с болезнью Крона был впервые возникший увеит, в то же время у пациента с неспецифическим язвенным колитом – рецидивирующий передний увеит. Катаракты, описанной в исследовании D.B. Cury et al. (2010), у наших пациентов выявлено не было.

Выводы. Описанные нами случаи увеита при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона могут быть иммуноопосредованной природы и требуют комплексного совместного лечения основного заболевания и увеита.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРМЕДИАРНЫМИ УВЕИТАМИ

Панченко Н. В., Храмова Т. А., Литвищенко А. В., Приходько Д. О.,
Переяслова А. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Увеит и его последствия во всем мире, а так же в Украине в частности, продолжает оставаться серьезной проблемой офтальмологии в силу снижения качества жизни, инвалидизации и роста экономических затрат государства. Социальная значимость данной нозологии состоит в том, что заболевание распространено среди лиц трудоспособного возраста, средний возраст дебюта заболевания составляет менее 40 лет (Smet M et al.).

Цель: изучить патологические изменения периферических отделов стекловидного тела у пациентов с интермедиарными увеитами.

Материалы и методы. Проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике 39 пациентов (71 глаз) с интермедиарными увеитами (35 женщин и 4 мужчины). Возраст обследованных составлял от 18 до 59 лет. Длительность заболевания колебалась от одного года до 14 лет. Контролем служили 20 здоровых лиц (40 глаз).

Всем пациентам были проведены стандартные офтальмологические методы обследования, а так же ультразвуковая биомикроскопия на аппарате “VuMax-II” (Sonomed) датчиком с частотой 50 МГц.

Результаты. В 57 глазах пациентов с интермедиарными увеитами (80,3%) диагностировано наличие воспалительного экссудата в орбикулярном и зонулярном пространстве задней камеры, в стекловидном теле в зоне проекции плоской части цилиарного тела.

В 21 глазу (29,6%) в области плоской части цилиарного тела визуализировались скопления экссудата в стекловидном теле в виде «снежных хлопьев».

В 29 глазах (40,8%) воспалительная мелкодисперсная взвесь определялась в стекловидном теле в зоне проекции цилиарного тела, а так же в зоне периферических отделов сетчатки.

В 42 глазах обследованных пациентов (60,6%) определялись воспалительные мембраны и тяжи, в единичных случаях - (1,4%) признаки витреоретинального тракционного синдрома.

В 22 глазах (30,9%) больных с интермедиарными увеитами отмечались изменения периферических отделов в виде зернистых гиперэхогенных включений с участками локального проминирования в стекловидное тело.

Вывод. Ультразвуковая биомикроскопия позволяет диагностировать наличие интермедиарного увеита на ранних стадиях развития, и таким образом способствует повышению эффективности лечения.

ГЕНЕТИЧНІ АБЕРАЦІЇ ЯК МОЖЛИВИЙ МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ ПОЗАСТРАВОХІДНИХ ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Пасієшвілі Л. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: оцінити вплив інсерційно-делеційного поліморфізму гена eNO-синтази на формування кардіальної «маски» перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Матеріали та методи. До роботи було залучено 37 пацієнтів з ГЕРХ, що перебігала на тлі ожиріння (основна група) та 21 хворий з ізольованою ГЕРХ (група порівняння). Діагноз встановлювали на підставі даних клінічного та ендоскопічного дослідження. До контрольної групи увійшло 50 практично здорових осіб. Пацієнти всіх груп були співставими за віком та статтю.

ДНК-діагностика поліморфізму СТ генотипа T-786С промотора гена eNO-синтази, як маркера стану ендотелію, проводилася з залученням лейкоцитів крові та використанням діагностичної тест-систем «SNP-експрес» (НПФ Літех, Росія)

Для статистичної обробки результатів дослідження використовували ліцензійні програми «Microsoft Excel» і «Statistica 6.0».

Результати та їх обговорення. При визначенні клінічної симптоматики в період загострення ГЕРБ в основній групі пацієнтів було встановлено наявність кардіалгій у 48,6% випадків, підвищення тиску – у 46,9% та порушення ритму – у 18,8% осіб. Проведена ДНК-діагностика показала, що при коморбідності ГЕРБ та ожиріння зміни збоку серцево-судинної системи майже у всіх випадках визначали у пацієнтів з патологічним генотипом СС гену eNOS, який діагностували у 46,9% осіб, проти контролю, де означені особи склали 6%. Показник мутантного генотипу СС в групі порівняння дорівнював 19,0% та серцево-судинна симптоматика реєструвалася тільки у 14,3% пацієнтів. Тобто, атипова серцево-судинна симптоматика в 8 разів частіше за норму реєструється у осіб з ГЕРХ і ожиріння та у 2,5 рази при співставленні з групою порівняння. Означені результати можна пояснити формування ендотеліальної дисфункції, зміни якої стають більш виразними при метаболічних розладах.

Висновки. При коморбідності ГЕРХ та ожиріння, що перебігають на тлі зміни поліморфізму гена eNO-синтази з переважанням патологічних гомозигот СС, формується підвищений ризик виникнення позастравохідної кардіальної симптоматики, що можна пояснити розвитком ендотеліальної дисфункції та тканинної гіпоксії.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Перцева Н. О., Рокутова М. К.

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м. Дніпро*

Мета дослідження: оцінити ранні маркери ренальної дисфункції у хворих на абдомінальне ожиріння.

Матеріали та методи. У зв'язку з поставленими задачами обстежено 61 пацієнт молодого віку (від 15 до 45 років згідно рекомендацій ВООЗ) з ожирінням, I-III ст. (згідно класифікації IDF, 2005) без цукрового діабету 1-го або 2-го типу. Середній вік хворих склав $28,0 \pm 1,0$ років, серед них чоловіків – 29 (47,5%) осіб, жінок – 32 (52,5%). Пацієнти були підрозділені на 2 підгрупи залежно від наявності артеріальної гіпертензії (АГ), I-II стадії, 1 ступеня: Ia – підгрупа з абдомінальним ожирінням без АГ ($n = 31$) і Ib – підгрупа з абдомінальним ожирінням і АГ, I-II стадії, 1 ступеня ($n = 30$). Крім використання загально клінічних методів дослідження проводили антропометрію, електрокардіографію, ультразвукове дослідження нирок, визначення швидкості клубочкової фільтрації за допомогою проби Реберга-Тареева без поправки на площу поверхні тіла, альбуміну, протеїну та β_2 -мікроглобуліну сечі, співвідношень альбумін сечі/креатинін сечі, протеїн сечі/креатинін сечі, β_2 -мікроглобулін сечі/креатинін сечі. Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася методами непараметричної статистики, реалізованими стандартним пакетом сертифікованих прикладних програм "Statistica 6.1" та "Microsoft Excel".

Результати дослідження. Серед обстежених пацієнтів метаболічний синдром (МС) найчастіше виявлявся у 34,4% пацієнтів з абдомінальним ожирінням і АГ; у 19,7% хворих – з абдомінальним ожирінням без АГ. Проведене дослідження виявило наявність гломерулярної гіперфільтрації у 47 (77,0%) осіб з абдомінальним ожирінням, в Ia підгрупі – у 24 (77,4%) хворих, в Ib підгрупі – у 23 (76,7%) пацієнтів; альбумінурія лише у 7 (11,5%) хворих, в Ia підгрупі – у 3 (9,7%) хворих, в Ib підгрупі – у 4 (13,3%) пацієнтів; β_2 -мікроглобулінурію – практично у всіх 57 (93,4%) осіб, в Ia підгрупі – у 30 (96,8%) хворих, в Ib підгрупі – у 27 (90,0%) пацієнтів. Загальна частота виявлення підвищеного рівня співвідношення альбумін сечі/креатинін сечі – 8 (13,1 %) осіб, в Ia підгрупі – 3 (9,8%) хворих, в Ib підгрупі – 5 (16,7%) пацієнтів; збільшення співвідношення β_2 -мікроглобулін сечі/креатинін сечі – в більшості (90,2%) випадків, в Ia підгрупі – у 29 (93,5%) хворих, в Ib підгрупі – у 26 (86,7%) пацієнтів.

Висновки. У пацієнтів молодого віку з метаболічним синдромом найбільш інформативними маркерами раннього ураження нирок є гіперфільтрація та β_2 -мікроглобулінурія, що свідчить про наявність обох компонентів (гломерулярного і тубулярного) ренальної дисфункції. Альбумінурія має меншу діагностичну цінність.

РІВЕНЬ ПРОТИГРИБКОВИХ АНТИТІЛ В КРОВІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ: КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ З КЛІНІЧНИМИ ТА ЛАБОРАТОРНИМИ ОЗНАКАМИ

Петренко Л. В., Рекалова О. М.

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

Мета: визначення кореляційних зв'язків сироваткового вмісту протигрибкових антитіл з іншими лабораторними та клінічними ознаками у хворих на бронхіальну астму (БА) з позитивним шкірним прик-тестом до суміші плісняви побутової.

Методи та матеріали: Загальне клінічне та алергологічне обстеження було проведено у 106 хворих на легку та середньої важкості БА, вік ($52,7 \pm 1,2$) років, серед них відібрано 45 хворих на БА з позитивними шкірними пробами до фунгальних мікст-алергенів, PEF ($84,5 \pm 1,6$) %. Прик-тести проводили з препаратом суміші плісняви побутової: *Aspergillus fumigatus*, *A. niger*, *Penicillium* sp., *Mucor* sp., *Rhizopus* sp.) (виробництва Севафарма, Чеська Республіка). Присутність протифунгальних Ig E-антитіл у сироватці крові з алергенами грибів *A. fumigatus*, *A. niger*, *Penicillium* sp., *Mucor* sp., *Rhizopus* sp. хворих визначали методом хемілюмінесценції CLIA-IM на аналізаторі Immulite 2000 Siemens з використанням тест-систем Simens (США). Розмір шкірної папули з з фунгальними мікст-алергенами – ($8,2 \pm 0,6$) мм. Робота виконана за кошти держбюджету України.

Результати. Не встановлено кореляційних зв'язків рівнів сироваткових фунгальних Ig E-антитіл з розмірами папули шкірних прик-тестів з фунгальними алергенами. Виявлені наступні кореляційні зв'язки, $p < 0,05$: між рівнями Ig E-антитіл *A. fumigatus* та *Mucor* sp. ($r=0,34$), *A. fumigatus* та *Rhizopus* sp. ($r=0,60$), *Mucor* sp. та *Rhizopus* sp. ($r=0,34$). З рівнем сироваткового IgA визначений зв'язок рівнів Ig E-антитіл *Mucor* sp. ($r=0,36$) та *A. fumigatus* ($r=0,35$). Для Ig E-антитіл *Mucor* sp. виявлений зв'язок з еозинофілією мокротиння ($r=0,32$) та шкірним прик-тестом тз гістаміном ($r=0,45$).

Висновок. У хворих на легку та середньої важкості БА з позитивним прик-тестом до суміші плісняви побутової не встановлено зв'язків рівнів сироваткових фунгальних Ig E-антитіл з розмірами папули шкірних прик-тестів з фунгальними алергенами. Сироваткові рівні різних фунгальних алергенів часто корелюють між собою та можуть бути зв'язані з рівнем загального сироваткового IgA. Сироватковий рівень *Mucor* sp. позитивно корелює з наявністю клінічних ознак алергії (еозинофілія мокротиння, шкірна чутливість до гістаміну).

ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Попадинець І. Р., Мигович В. В., Шаповал О. А., Курилів Г. М.,
Вишиванюк В. Ю.

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

Актуальність теми. Бронхіальна астма (БА) – проблема світового масштабу. В Україні даним захворюванням страждає 4-6% дорослого населення, у дітей цей показник складає 5-10%. Високий рівень захворюваності на БА, нерідко прогресуючий та інвалідизуючий перебіг недуги зумовлюють актуальність питання профілактики, ефективного лікування й підвищення якості життя (ЯЖ) хворих на БА для більшості країн світу, в тому числі й для України. Саме оптимальний вибір засобу доставки в залежності від клінічного стану та віку хворого впливає на ефективність лікування даної категорії хворих. Небулайзерній терапії відводиться важливе місце в лікуванні та реабілітації хворих із бронхолегеневими захворюваннями на всіх етапах надання медичної допомоги.

Мета: підвищення ефективності лікування БА та ЯЖ пацієнтів, шляхом використання небулайзерної терапіїю

Методи та матеріали: обстежено 94 хворих на БА III, середнього ступеня тяжкості, персистуючим перебігом, частково-контрольованою. Всім хворим було проведено загально-клінічне та інструментальне обстеження. Діагноз БА встановлювався на основі скарг, обстеження та проведеної комп'ютерної спірометрії. Визначення ЯЖ проводили за специфічним для БА опитувальником Mini Asthma Quality of Life Questionnaire.

Результати дослідження. Всіх пацієнтів було розділено на 2 групи репрезентативних за статтю, віком, тривалістю захворювання та показниками функції зовнішнього дихання. Хворі отримували базисну терапію БА, згідно наказу МОЗ України № 686, яка включала β_2 -агоніст короткої дії (сальбутамолу сульфат) та інгаляційний кортикостероїд будесонід, а також симптоматичну терапію. Пацієнти I групи отримували дану терапію через дозовані інгалятори, 2 група – за допомогою небулайзерів.

Після проведеного лікування показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) були кращими та достовірно вищими, у пацієнтів, які використовували небулайзери. Так, у 2 групі ФЖЕЛ збільшилась на 23,8% та ОФВ₁ – на 23,1% ($p < 0,05$). Показники ЯЖ у хворих даної групи також були достовірно вищими, ніж у пацієнтів 1 групи.

Висновки. Використання небулайзерної терапії у хворих на БА дозволяє підвищити ефективність лікування, покращити показники функції зовнішнього дихання, зменшити симптоми захворювання та підвищити ЯЖ пацієнтів.

ASSESSMENT OF PROFESSIONAL RISK FACTORS IN TOBACCO INDUSTRY

Popova T., *Melnyk O., *Riabokon A.

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The purpose of the study is a comprehensive hygienic analysis of occupational risk factors. These factors may affect on the health of tobacco factory workers.

Materials and methods. The process of production cigarettes was details being researched. The main professional groups were presented by operators, machinists, transporters, engineers and others. The map workplace conditions of main professional groups has been studied. The map work conditions is a document summarizes the results of certification of workplaces. During the certification of workplaces all produce factors has completely been estimated for determining the hazardous ones. Hygienic estimation characterizes include such tobacco produce factors as tobacco dust, noise, microclimate conditions, variability and mode of work processes, availability and compliance remedies to modern requirements of the process.

Results. The technological process is divided by two consecutive stages: preparation of tobacco and its own cigarette production at the modern tobacco production. During the first stage tobacco mass has been obtained by processing tobacco leaves in a tobacco department. This process is characterized by the most tobacco dust creation. Cigarettes are produced on the processing lines, which include filter producing, cigarette and packaging machines. For organizational and technological unfavorable factors of professional activity should include shift work regime, forced to work the night shift, high intensity labor process with strained monotonous movements, a significant number of served mobile machinery, physiologically unfavorable working position (mostly standing), constant exposure to noise, tobacco dust, a severe need for the presence in the workplace.

Conclusions.

1. The dominant occupational risk factors are the tobacco dust and the noise in the modern tobacco factory. The tobacco dust concentration has not been exceed the maximum permissible concentration in the most workplaces (up to 3 mg/m³), except the tobacco department, where tobacco dust concentration has been increased in twice times. The noise level has been exceed above 2-3 dBA the maximum permissible limit for 8 hours. The severity and intensity of the work process of majority professions correspond to class 2-3.1.

2. To adverse organizational and technological professional activities of the tobacco factory workers should be included the high intensity work process with stressful monotonous movements, a significant number of served mobile machinery, physiologically adverse working posture (mostly standing) strictly necessary presence in the workplace, a shift work.

ДЕСКВАМИРОВАННЫЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ГИПОТИРЕОЗОМ

Потапенко А. В., Колесникова Е. В., Шуть И. В.

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

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является одним из ключевых независимых факторов риска практически всех сердечно-сосудистых заболеваний, включая ИБС, атеросклероз, первичную артериальную гипертензию. Наличие ЭД у пациентов неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) объясняет формирование кардиоваскулярного риска у этой категории пациентов. В связи с чем, **целью** исследования стало изучение взаимосвязи между количеством десквамированных эндотелиальных клеток у пациентов с НАЖБП в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ) в зависимости от инсулинорезистентности (ИР).

Материалы и методы исследования. Проведено исследование состояния углеводного и липидного обменов, количества десквамированных клеток у 68 пациентов в возрасте от 45 до 55 лет с НАЖБП и гипотиреозом. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Диагноз НАЖБП верифицирован на основании сонографии печени, СГ - согласно существующему протоколу №356 МОЗ Украины от 22.05.2009 г. В зависимости от индекса НОМА все пациенты были разделены на две группы: I группа: 21 пациент, у которых индекс НОМА находился в пределах 2,7-4,7, II группа - 47 пациентов индекс НОМА превышал 4,7.

Результаты. Существенные изменения наблюдались в липидном профиле пациентов НАЖБП в сочетании с СГ. Характерным было достоверное повышение уровня холестерина и изменение соотношения уровня ХС ЛПНП к уровню ХС ЛПВП ($p < 0,05$), что является прогностически неблагоприятным фактором для формирования атеросклеротических изменений у пациентов II группы. Статистически значимо увеличивалась концентрация триглицеридов по мере увеличения ИР ($p < 0,05$). Отмечено увеличение количества десквамированных эндотелиальных клеток во всех группах в сравнении с контрольной. У пациентов НАЖБП в сочетании с СГ I группы количество десквамированных клеток превышало контрольные значения 4,5 раза, а во II группе – в 9,2 раза, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Усиление десквамации эндотелия при возрастании ИР, вероятно, связано с повышением экспрессии цитокинов у пациентов НАЖБП в сочетании с СГ, что создает предпосылки для формирования атеросклероза, сахарного диабета 2 типа, усиливая кардиометаболические риски.

ЗАСТОСУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Потяженко М. М., Іщейкін К. Є., Настрога Т. В., Соколюк Н. Л.,
Кітура О. Є.

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

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування хворих на інфекційне загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) II ст. гр. А-В за допомогою застосування у комплексному лікуванні 3% розчину натрію хлориду (NaCl) з гіалуроновою кислотою (ГК) через небулайзер та сеансів галотерапії.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 70 хворих на ХОЗЛ II ст. гр. А-В, середній вік пацієнтів становив $56,8 \pm 2,4$ р. Пацієнти були розподілені на дві групи. Хворі контрольної групи ($n=35$) отримували комплексну базисну терапію протягом 7 діб. Хворим основної групи ($n=35$) додатково до базисної терапії призначалась небулайзерна терапія із застосуванням 3% розчину NaCl з ГК 4 мл – 2 рази на добу за допомогою компресорного небулайзера та додатково, з 3-ї доби сеансів галотерапії 1 раз на добу №10. Ефективність терапії оцінювалася через два тижні лікування.

При опитуванні хворих за допомогою Модифікованої шкали задишки Медичної дослідницької ради (мМДР) виявлено, що середній показник загальної суми балів до лікування у хворих основної групи становив $2,2 \pm 0,4$ балів, після лікування – $0,86 \pm 0,22$ балів ($P < 0,05$), тоді, як у хворих контрольної групи до лікування – $2,13 \pm 0,64$, після лікування – $1,02 \pm 0,36$ ($P > 0,05$). При визначенні якості життя (ЯЖ) хворих за допомогою тесту з оцінки ХОЗЛ (ТОХ), виявлено, що у хворих основної групи сумарний показник ТОХ до лікування становив $18,2 \pm 2,1$, після лікування – $5,3 \pm 0,8$ бали ($p < 0,05$), тобто покращився на 71 %. Тоді, як у хворих контрольної групи, сумарний показник ТОХ до лікування становив $17,6 \pm 1,6$ бали, після лікування – $7,4 \pm 0,62$ ($P < 0,05$), покращився на 54,8%. У хворих основної групи після лікування відмічено достовірно збільшення ОФВ₁ на 9,3% ($P < 0,05$), а також індексу Генслера – на 7,4% ($P < 0,05$). Тоді, як у хворих контрольної групи відмічено збільшення ОФВ₁ на 6,2 % ($P > 0,05$), індексу Генслера – на 4,8% ($P > 0,05$). Крім того, рецидиви захворювання протягом року не спостерігалися у хворих, що отримували комплексну терапію у 95%, тоді як у хворих контрольної групи – у 71% ($P < 0,05$).

Таким чином, комплексна терапія хворих на ХОЗЛ II ст. групи А-В із застосуванням небулайзерної доставки 3% розчину NaCl з ГК у поєднанні з курсом галотерапії сприяє підвищенню ефективності лікування, покращенню ЯЖ.

МІКРОСКОПІЧНА ОЦІНКА РЕАКЦІЇ ЦИРКУЛЮЮЧОЇ ЛАНКИ ГЕМОПОЕЗУ НА БАБЕЗІЙНУ ІНВАЗІЮ

Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
м. Харків*

Еритроцитарна ланка гемопоезу однією із перших реагує на гемопаразитарну інвазію та відповідає на неї розвитком виразної дисперсії форм циркулюючої фракції клітин. Морфологічна різнобарвність, що з'являється у відповідь на втручання гемопаразитів, пов'язана із вихідними віковою та функціональною гетерогенністю циркулюючої популяції еритроцитів і, як наслідок, різномірною чутливістю останніх до збудників інфекційної хвороби. При цьому зміни молекулярних та клітинних компонентів крові набувають опосередкованого характеру, у наслідок ураження інфекційним агентом органів, які на системному рівні здійснюють функцію гемопоезу. До опосередкованих змін докладаються зміни, зумовлені, з одного боку, прямою взаємодією факторів клітинної популяції крові, з іншого, власною фізіологічною реакцією судинної стінки. За таким патогенетичним сценарієм структурно і функціонально найбільш уразливими клітинами крові стають еритроцити, чому у великій мірі сприяють відсутність у них (як зрілих форм клітин) систем репарації та, як наслідок, низький адаптивний потенціал. Реакції еритроцитів на вплив екзогенних факторів інфекційної природи носять неспецифічний характер і виражаються змінами морфології поверхневої архітекτονіки та внутрішньоклітинного балансу. Зауважимо, що в основі феномену деформації еритроцитів, який розвивається за умов бабезійної інвазії, лежать структурні зміни мембранних комплексів, співвідношення їхніх компонентів, дефекти. Все це певною мірою пов'язують із фізико-хімічними змінами мембранних ліпідів та білків, їхніми електричними властивостями, іонною проникливістю. Активація процесів перикисного окислення, зменшення вмісту холестерину, різкий підйом рівня вільних жирних кислот у мембранах еритроцитів, зміни у внутрішньоклітинній концентрації гемоглобіну та протеїнового цитоскелету, можуть вважатися важливими детермінантами інфекційної постінвазивної морфології еритроцитів. Існують припущення, що агресивне вторгнення в організм людини чи тварин збудників кровепаразитарних інфекцій спонукає програму «аварійного» включення напруженого еритропоезу. Останнє сприяє появі онтогенетичних похибок із перескоками у термінальних зонах розподілу та викиду у кровообіг чисельних «аварійних» еритроцитів зі зміненими адгезивними властивостями клітинної мембрани, до того ж адсорбованими на ній протеїновими комплексами. Таким чином, гіперагрегація еритроцитів *in vivo ad oculi* призводить до різкого постінвазивного збільшення вмісту у крові еритроцитарних агрегатів-мікротромбів. Поява останніх у мікросудинному руслі неодмінно спричиняє повну або часткову блокаду кровообігу окремих ділянок тканин таргетних органів, різко зменшує чисельність активно функціонуючих капілярів, артеріоло-венулярних анастомозів у них, сприяє розвитку тканинної гіпоксії атрофії, некрозу.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У РАЗІ РОЗВИТКУ АНАПЛАЗМОЗУ

Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А., Костира І. А.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківський національний медичний університет МОЗ України,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

У експериментальному дослідженні з модельованою анаплазмозною інфекцією вивчали особливості її перебігу та розвитку реакцій імунного захисту. Анаплазмоз вважають трансмісійним, переважно сезонним, природно – осередкованим антропозоонозом, що супроводжується розвитком доволі стійкої гарячки, шлунково-кишкового синдрому, невротичних розладів та за умов хибної чи запізненої лікувальної тактики прогресивної астенизації організму. Збудником хвороби являється *Anaplasma marginale* родини *Anaplasmataceae*. Головним чином, паразити локалізуються у еритроцитах, меншою мірою, у лейкоцитах, тромбоцитах, де ними утворюються скупчення, на кшталт, колоній, що складаються із 2-8 чи більше особин. В еритроцитах збудники розташовуються по периферії, іноді-центрально. За літературними даними, ураженість еритроцитів анаплазмами досягає від 40 % до 75-80 %. Узагальнюючи результати поточної трирічної роботи (2011-2013) з вивчення питань лабораторної діагностики анаплазмозу, отримані за цим результати мікроскопічних досліджень, довелось об'єктивізувати провідні механізми його перебігу. В цілому він видається таким.

Враховуючи той факт, що еритроцити являють собою без'ядерні клітини, збудники анаплазмозу для свого розвитку використовують фосфоліпіди цитоплазми, які спонукають осмотичну слабкість. Уражені анаплазмами клітини крові деградують, з часом піддаються фагоцитозу, якому передують, скоріш над усе, процеси антитілоутворення та продукування сироваткових антигенів. Тривалість життя як нормальних, так і ушкоджених еритроцитів змінюється. Зазначений клітинний пул завчасно піддається утилізації (ресурси ретикуло-ендотеліальної ситеми). У наслідок цього вміст еритроцитів потрапляє у кров, рівень білірубіну зростає з подальшим розвитком надпечінкової жовтяниці та появою екзантеми склер, характерним забарвленням слизових оболонок ротової порожнини, шкіри, нігтьових пластин. Зменшення кількості еритроцитів та їх насичення киснем призводить до анемії, гіпоксія, згодом ацидозу. Зміни процесів обміну речовин, накопичення у крові продуктів незавершеного розпаду протеїнів сприяють інтоксикації. Остання у свою чергу, спонукає гіпертермію, гарячку, запальні процеси, крововиливи, порушення у роботі серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи, характерне зниження захисних реакцій. Імунітет, що розвивається у наслідок анаплазмозу є нестерильним та зумовлений довготривалим носійством збудників. Клітинну ланку імунітету забезпечують Т- та В-лімфоцити. Відбувається синтез антитіл та аутоантитіл, що сприяє видаленню із крові ушкоджених анаплазмами еритроцитів.

ПОСТМОРТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА КРИПТОСПОРИДІОЗУ ЛЕГЕНЬ ЯК КОМОРБІДНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А., Костира І. А.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ»,
Харківський національний медичний університет МОЗ України,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,*

Сучасний криптоспоридіоз вважають типовим коморбідним захворюванням людини. Його клінічний перебіг стає виразним лише за умов ініціації більш агресивного інфекційного агента, що спонукає до розвитку, так звану, «сплячу» патологію. У роботі вивчали морфологічні зміни у легенях хворого 1,5 років, що був ургентно госпіталізований в профільний стаціонар за тяжкістю status vitae objectivus. У клінічній картині захворювання фігурували гарячка, респіраторний, шлунково-кишковий синдроми, до яких із часом приєдналась неврологічна симптоматика. У відповідності до даних anamnesis vitae et anamnesis morbi, дитина народжена вдома від ВІЛ-інфікованої матері із соціально небезпечного прошарку. Мати на відповідному обліку у медустанові не перебувала, вагітність у зв'язку із основним діагнозом не афішувала, медичних обстежень, пов'язаних із вагітністю не проходила. Морфологічному аналізу піддавали шматочки внутрішніх органів, що фіксували за типовою схемою у розчині 12 % формаліну на фосфатному буфері. За цим здійснювали постфіксацію, проводку через батарею спиртів зростаючої концентрації, зневоднювали, заливали у парафінові та целоїдинові блоки. Гістологічні зрізи виготовляли на ротаційному мікротомі. Забарвлювали у відповідності з вимогами дослідження (гематоксиліном та еозином, за Ван-Гізеном). Мазки з кишкового слизу забарвлювали за Цилем-Нельсеном. Аналіз препаратів відбувався у світлооптичному мікроскопі ЛОМО, С-Петербург, Російська Федерація (x300; x600; x1350). З умов отримання ідентичних результатів їх узагальнювали. У результаті дослідження встановлено, що у легенях спостерігаються малі та доволі чисельні вогнища пневмонії червоного та темно-червоного кольору з незначними за розмірами сіро-жовтими ділянками у центрі. У респіраторних відділах органів серозний та серозно-геморагійний ексудат з домішками лейкоцитів, в поруч розташованих ділянках зони некрозу, які залучують міжальвеолярні перетинки. Деякі альвеоли виконані лише фібриновим та серозним ексудатом, що у подальшому становить небезпеку розвитку пневмотораксу. У полі зору наявні альвеолярні макрофаги. На зазначеному тлі розвиваються процеси десквамації альвеолярного епітелію, з характерною базофільною зернистістю та виразним гіперхроматозом, властиві для вірусних пневмоній. У термінальних ділянках товстого кишківника накопичення криптоспоридій (забарвлення за Цилем-Нельсеном), ворсини як набухлі, крихкі, порохняві, іноді атрофічні, склеюються одне з одним. У стінках кишківника спостерігаються інфільтрати із макрофагів, нейтрофільних та еозинофільних лейкоцитів (маркери порушень всмоктування). У отворі кишки велика кількість слизу та рідини із інтенсивним різким запахом.

КЛАССЫ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГОДОВОМ ЭТАПЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Починская М. В., Яблчанский Н. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Цель: оценить параметры электрокардиостимуляции (ЭКС) в различных классах пульсового артериального давления (ПАД) у пациентов на годовом этапе медикаментозной терапии при DDD(R) и VVI(R) режимах стимуляции.

Материалы и методы: Изучены параметры ЭКС в классах ПАД у 201 пациента в возрасте (70±9) лет в раннем постоперационном периоде (3-5 дней), через 6 месяцев и год после имплантации ЭКС. Медикаментозная терапия была представлена такими препаратами: антикоагулянты, антиагреганты, антиаритмические препараты (амиодарон и блокаторы β-адренорецепторов), диуретики, антагонисты Ca, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II и ингибиторы гидроксиметилглутарил коэнзима А редуктазы. Пациенты были отнесены к пяти классам ПАД: I – очень низкое ПАД – менее 20 мм рт. ст., II – низкое более 20 – менее 40 мм рт. ст., III – норма – 40-60 мм рт. ст., IV – высокое более 60 – менее 80 мм рт. ст., V – очень высокое ПАД – более 80 мм.рт.ст. Оценивали параметры стимуляции в зависимости от класса ПАД при DDD(R), VVI(R) режимах стимуляции: базовую частоту стимуляции, процент стимуляции правого желудочка (ПЖ), импеданс и амплитуду из ПЖ электрода, детектированную и стимулированную AV-задержки. Статистическая обработка проводилась с помощью базы данных в Microsoft Excel. Для статистической оценки результатов использовали параметрические критерии (среднее значение – M, стандартное отклонение sd). Достоверность отличий между группами определялась с помощью t-критерия Стьюдента при ожидаемом уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты: На годовом этапе наблюдения после имплантации ЭКС средняя базовая частота стимуляции составляет 62 уд/мин во всех классах ПАД. Наблюдается тенденция повышения процента стимуляции ПЖ во всех классах ПАД при DDD(R), VVI(R) режимах стимуляции. Происходит снижение импеданса и амплитуды из ПЖ электрода в большей мере – в III классе ПАД при DDD(R), VVI(R) режимах стимуляции. На годовом этапе наблюдения после имплантации наблюдается повышение детектированной и стимулированной AV-задержки – в V классе, тенденция повышения – во II, IV классах и тенденция снижения в III классе ПАД при DDD(R) режиме стимуляции.

Выводы. Требуется дополнительная оптимизация параметров ЭКС во II, IV и V классах ПАД у пациентов на годовом этапе наблюдения после имплантации ЭКС при DDD(R) и VVI(R) режимах стимуляции.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ БІОГЕННИХ ПОЛІАМІНІВ В КУЛЬТУРІ КЛІТИН РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ НАНОЧАСТИНОК ОКСИДУ ЦИНКУ

Прилуцький М. П., * Стародуб М. Ф.

Національний університет «Києво-Могилянська академія»,

** Національний університет біоресурсів і природокористування, м. Київ,
Україна*

Мета: роботи розробити імунобіосенсорний метод на основі використання наночастинок оксиду цинку (ZnO) для визначення концентрації поліамінів в контрольних розчинах та в суспензії культури клітин раку молочної залози людини MCF-7, для експресного визначення рівня біогенних поліамінів сперміну та спермідину, які присутні у всіх живих клітинах, і концентрація яких різко підвищується при поділі клітини. Визначення рівня поліамінів проводили за допомогою оптичного імунобіосенсору, в основі якого знаходиться чутливий компонент антитіла специфічні до відповідних поліамінів (сперміну та спермідину), як в контрольних розчинах так і в ліофілізаті клітин раку молочної залози людини MCF-7. Для проведення аналізу було обрано «прямий» метод дослідження тобто аналіт (розчин поліамінів чи суспензію клітин раку молочної залози MCF-7) взаємодіє безпосередньо з антитілами іммобілізованими на поверхні шару з наночастинок ZnO, на поверхні скляної пластинки. Особливістю даного методу є те, що при опроміненні наночастинок ZnO лазерним випромінюванням з певною довжиною хвилі (380 нм.), наночастинки ZnO починають проявляти фотолюмінесцентні властивості. Також можлива додаткова модифікація скляної поверхні з оксидом цинку за допомогою поліанілінгідрохлориду (РАН), який дозволяє збільшити чутливу поверхню пластинки, тобто збільшити концентрацію антитіл для подальшого нанесення на пластинку. Вимірювання проводили шляхом перенесення модифікованої скляної пластинки у камеру спектрометра, налаштування відповідної хвилі лазера і внесення досліджуваних речовин. Інтенсивність люмінесценції наночастинок ZnO змінюється в залежності від концентрації та молекулярної ваги речовин, кон'югованих на їх поверхні. Так початкова люмінесценція на початку вимірювань може складати 5000-7000 одиниць люмінесценції, яка поступово згасатиме. Це пояснюється насиченням самої пластинки і блокуванням усіх специфічних місць зв'язування на чутливому шарі. Спосіб дозволяє виявляти чутливість близько 1×10^2 кл/мл, яка зростає до 1×10^5 клітин/мл. Мінімальна ж концентрація для виявлення поліамінів складає 10 нг/мл, максимальна 100 нг/мл. Отже використання наночастинок оксиду цинку дозволяє як якісно, так і кількісно визначити рівень поліамінів, як в розчині поліамінів, так і у ліофілізатах клітин, що в подальшому дає можливість, контролюючи їх рівень, діагностувати цим засобом, як розвиток пухлинного процесу та ефективність його лікування.

ВПЛИВ СТУПЕНЮ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ НА ПОКАЗНИКИ АДИПОНЕКТИНУ ТА ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН – АЛЬФА У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Просоленко К. О., Молодан В. І., Орпін Філіп

Харківський національний медичний університет, Україна

Дослідження механізмів прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ) є однією з важливих напрямків у вивченні метаболічного синдрому. Важливу роль у прогресуванні дифузних змін у печінці можуть відігравати адіпокіни та фактори запалення, такі як адипонектин та фактору некрозу пухлин – альфа (ФНП-б).

Метою дослідження було оцінити вплив ступеню стеатозу печінки на показники адипонектину та фактору некрозу пухлин – альфа у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки на тлі гіпертонічної хвороби.

Дослідження проводилось на базі відділення гастроентерології та терапії та поліклініки ДУ „Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”. Досліджено 88 пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ II стадії, 2 ступеню. Ступінь стеатозу печінки встановлювали за даними ультразвукового дослідження. Клінічні та біохімічні дослідження проводились в клініко-діагностичній лабораторії ДУ „Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України” та лабораторії «Альфалабсервіс». При визначенні рівнів адипонектину та ФНП-б використовували ІФА. Розподіл пацієнтів був наступним: стеатоз I ступіню – 26 хворих, стеатоз II ступіню – 47 пацієнтів, стеатоз III ступіню – 15 пацієнтів.

Проводився аналіз показників адипонектину та ФНП-б у пацієнтів з коморбідністю НАЖХП та ГХ в залежності від ступеня стеатозу печінки. Виявлена залежність порушень цих показників від ступеню стеатозу печінки.

Так показник адипонектину при I степені стеатозу складав $(7,16 \pm 0,38)$ нг/мл, що достовірно не відрізнялося від цього показника у пацієнтів зі стеатозом II ступеню $(6,71 \pm 0,45)$ нг/мл ($p > 0,05$), але достовірно відрізнялося від показника при стеатозі печінки III ступеня $(5,95 \pm 0,53)$ нг/мл ($p < 0,05$).

Показник ФНП-б був значно нижчим у пацієнтів з мінімальним стеатозом $(7,8 \pm 0,63)$ пг/мл та достовірно відрізнявся від показників інших груп ($p > 0,05$). Так у пацієнтів зі стеатозом II ступіню він становив $(9,4 \pm 0,54)$ пг/мл, а при III ступіні $(10,6 \pm 0,97)$ пг/мл.

Виявлено залежність показників адипонектину та ФНП-б від ступеню стеатозу печінки, що може свідчити про важливу роль цих факторів у прогресуванні НАЖХП при ГХ. Найгірші показники виявлено в групі стеатозу печінки III ступеню.

ОСОБЕННОСТИ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Пугач Т. В., Коваль Е. А., Каплан П. А., Романенко С. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия, Украина

В Украине сохраняется высокий риск смертности и развития осложнений у пациентов, перенесших острые коронарные синдромы (ОКС). Даже на фоне применения высокоинтенсивной статинотерапии резидуальный риск остается высоким, что обусловлено, в том числе, и атерогенной дислипидемией.

Цель. Изучить особенности нарушений липидного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2), переносящих ОКС.

Материал и методы. В рамках проводимого многоцентрового рандомизированного клинического исследования раннего применения (до 21 дня от момента ОКС) комбинированной липидснижающей терапии статином и фенофибратом у пациентов с СД2 и ОКС скринировано 936 больных с данной патологией (41,5% мужчин), в возрасте от 39 до 92 лет (средний возраст $68,3 \pm 8,4$ года). ОКС был представлен Q-инфарктом миокарда, не Q-инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией у 175 (18,7%), 458 (48,9%) и 303 (32,4%) соответственно.

Результаты. Липидные критерии включения в исследование (уровень триглицеридов (ТГ) плазмы натощак $1,7$ ммоль/л и более) были выявлены у 92 (9,8%) больных. В этой выборке пациентов средний уровень общего холестерина (ХС) составил $4,64 \pm 1,3$ ммоль/л, ХС липопротеидов высокой плотности – $0,88 \pm 0,28$ ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности – $2,72 \pm 1,1$ ммоль/л, ТГ – $2,93 \pm 1,5$ ммоль/л, ХС липопротеидов невысокой плотности – $3,73 \pm 1,2$ ммоль/л. Изолированная гипертриглицеридемия была выявлена у 20 (18,4%) пациентов, у остальных обследованных дислипидемия носила комбинированный характер.

Выводы. Относительная частота гипертриглицеридемии, изолированной или в составе комбинированной дислипидемии, в популяции пациентов с СД2, переносящих ОКС, составляет 9,8%. Учитывая разную степень влияния отдельных групп препаратов на показатели липидного профиля, выявление характера дислипидемий позволит оптимизировать медикаментозную терапию у данной категории пациентов.

ЗВ'ЯЗКИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВИЗНАЧЕННІ ПЕРЕБІГУ ДОБРОЯКІСНИХ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЙ

Радченко О. М., Гук-Лешневська З. О., Комариця О. Й.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Доброякісні гіпербілірубінемії (ДГБ) – ураження печінки дистрофічного характеру – розвиваються на базі генетично детермінованих ензимопатій з порушенням внутрішньо-печінкового обміну білірубіну, що приводить до порушень функції печінки. Однак особливості ведення таких пацієнтів дотепер чітко не встановлені. З метою встановлення зв'язків клініко-лабораторних показників обстежено 63 чоловіки віком $29,1 \pm 1,6$ роки, які проходили стаціонарне лікування у військовому шпиталі. Кореляційний аналіз проведено за Спірменом; за поріг істотності прийнято $p < 0,05$.

Встановлено, що вміст білірубіну не асоціювався з параметрами периферійної крові, маркерами функції печінки, нирок та зсідання крові, що може свідчити про те, що клінічний перебіг гіпербілірубінемій у більшому ступені визначають стан функції печінки, нирок, активність загального системного запалення та зсідання крові – тобто, загально-пристосувальні адаптивні механізми. Найбільш потужними центрами фокусування виявились рівні лейкоцитів та моноцитів периферійної крові, які мали по 4 істотних кореляції. Звертає увагу те, що моноцити периферійної крові, які є основними антиген-презентуючими клітинами, за умов бактеріального запалення навпаки зменшуються, а їх рівень є паралельним змінам швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ). Найбільш несприятливим для пацієнтів с ДГБ буде лейкопенія периферійної крові, оскільки, за проведенням кореляційним аналізом, вона буде супроводжуватись 1) зменшеннями гранулоцитів, що асоціюється з зростанням трансаміназ, лужної фосфатази та гіперглікемією, 2) тромбоцитопенією (схильність до кровотеч), що тягне анемію із зростанням сечовини як маркера підвищеного катаболізму, 3) моноцитозом, який також корелює з вмістом сечовини та ШОЕ, 4) гіпопротеїнемією, яка супроводжується зменшенням протромбінового індексу (гіпокоагуляція). Особливо небезпечними такі прояви стають в осіб старшого віку (прямі зв'язки з віком).

Висновок. Лейкопенія периферійної крові у хворих на доброякісні гіпербілірубінемії може вважатися інформативним несприятливим маркером клінічного перебігу і потреби перегляду лікувальної тактики. І навпаки, прогресування ураження печінки зі зростанням трансаміназ та лужної фосфатази буде опосередковано приводити до послаблення антибактеріального захисту, геморагічного та анемічного синдромів, активації неспецифічного запалення.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ: КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ

Радченко О. М., Оленич Л. В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Гіпотиреоз є найбільш поширеною ендокринною патологією після цукрового діабету. Дефіцит тиреоїдних гормонів викликає гальмування обміну речовин і теплообміну, порушення функцій різних органів та систем. При гіпотиреозі сповільнюється нирковий кровоплин, зменшується клубочкова фільтрація, що призводить до зниження виведення сечі нирками, затримки натрію й води в організмі.

З метою вивчення кореляційних зв'язків клінічних, лабораторних та інструментальних показників функціонального стану нирок у хворих з гіпотиреозом **обстежено** 78 пацієнтів віком $53,0 \pm 10,5$ роки з гіпотиреозом та підвищеним рівнем тиреотропного гормону (ТТГ). Окрім стандартного обстеження, проводилось визначення індексу маси тіла, рівнів ТТГ, вільного тироксину та трийодтироніну. Визначення стану нирок проведено за вмістом креатиніну та сечовини, розрахунком швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Голта, якісною оцінкою екскреції білка та креатиніну (MICROALBU-PHAN[®], Чехія). Усім хворим також було проведено електро- та ехокардіографічне обстеження. Опрацювання результатів проводилося за допомогою стандартного пакета "Statistica for Windows 6.0", кореляційним аналіз проведено за Кендаллом.

Результати та обговорення. Ми встановили, що у пацієнтів з гіпотиреозом рівень креатиніну цілком очікувано обернено корелював із швидкістю клубочкової фільтрації ($\phi = -0,38$; $p = 0,00001$), однак також він асоціювався з вмістом хлору крові ($\phi = -0,56$; $p = 0,022$) та, що більш важливо, з рівнем фібриногену ($\phi = 0,60$; $p = 0,0026$). Отже, зростання креатиніну відбувається паралельно з активацією запалення. Рівень сечовини з віком збільшувався ($\phi = 0,21$; $p = 0,015$) і був прямо пропорційний пульсовому артеріальному тиску та ТТГ. Важливо, що також рівні креатиніну та сечовини обернено корелювали з товщиною задньої стінки лівого шлуночка ($\phi = -0,58$; $p = 0,019$ та $\phi = -0,81$; $p = 0,0011$). Крім того, виявлено обернений зв'язок ШКФ з віком ($\phi = -0,37$; $p = 0,00003$), показником тимолової проби ($\phi = -0,33$; $p = 0,028$), моноцитами ($\phi = -0,33$; $p = 0,026$) та товщиною міжшлуночкової перегородки ($\phi = -0,89$; $p = 0,011$).

Висновки. Прогресування ураження нирок та зменшення ШКФ в осіб з гіпотиреозом спостерігається у старших за віком осіб та корелює з погіршенням білок-синтетичної функції печінки, активацією моноцитарної ланки запалення та гіпертрофією лівого шлуночка, а зростання вмісту сечовини крові вказує на збільшення жорсткості артерій.

ГІПЕРЛЕПТИНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Радченко О. М., Пилипів Л. І.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Частими коморбідними станами про хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) є тривожні та депресивні розлади, а також ожиріння, яке часто супроводжується підвищенням рівня лептину крові, що володіє анксиолітичним та антидепресивним ефектами. Тривала гіперлептинемія може призводити до лептинорезистентності та розвитку тривожно-депресивних розладів.

Мета дослідження: визначити залежність вираженості симптомів тривоги та депресії у хворих на ХОЗЛ залежно від рівня лептину крові.

Матеріали та методи. Обстежено 39 пацієнтів з загостренням ХОЗЛ (18 жінок та 21 чоловік, медіана віку 59 років). Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою Кетле, а рівень лептину сироватки крові – методом твердофазового ферментозв'язаного імуносорбентного аналізу з використанням реактиву «DRG Лептин ELISA» (Німеччина). Вираженість тривоги та депресії оцінювали за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Результат >7 балів оцінювали як відсутність, 8-10 балів – субклінічну, >11 балів – клінічно виражену тривогу/депресію. Результати подані як медіана [нижній; верхній кuartиль], кореляції оцінені за Кендаллом (ϕ).

Результати. Рівень лептину у хворих на ХОЗЛ становив 16,1[6,0;40,0] нг/мл та закономірно корелював з ІМТ обстежених пацієнтів ($\phi=0,3$; $p=0,006$). За рівнем лептину пацієнтів було поділено на 2 групи: з нормальним ($n=12$) та підвищеним ($n=27$) рівнями. У хворих з підвищеним рівнем лептину рівень тривоги становив 10,0[7,0;12,0] балів, що істотно вище, ніж у пацієнтів з рівнем лептину в межах норми (7,0[3,5;8,0] балів; $p=0,01$). Рівень депресії у хворих з гіперлептинемією також був істотно вищим (12,0[9,0;14,0] проти 9,5[8,0;10,5] балів; $p=0,01$). Також частота виявлення клінічно виражених симптомів як тривоги, так і депресії у пацієнтів з гіперлептинемією була істотно вищою, ніж у пацієнтів з нормальним рівнем лептину ($48,2\pm 9,6\%$ проти $16,7\pm 10,8\%$ та $70,4\pm 8,8\%$ проти $33,3\pm 13,6\%$; обидва $p<0,05$). Кореляційний аналіз показав прямий кореляційний зв'язок між рівнем лептину крові та вираженістю депресії в балах ($\phi=0,3$; $p=0,002$).

Висновки. У хворих на ХОЗЛ з гіперлептинемією рівні тривоги та депресії, як і частота виявлення їх симптомів, були істотно вищими, ніж у пацієнтів з нормальним вмістом лептину. Тому у хворих на ХОЗЛ з гіперлептинемією слід діагностувати тривожні та депресивні розлади та за їх наявності проводити психологічну та/чи медикаментозну корекцію.

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

Риндіна Н. Г., Аянтунджи Флоренс

Харківський національний медичний університет, Україна

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 FАСТ-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 FАСТ-An: PWB ($r=0,50$; $p<0,05$), EWB ($r=0,53$; $p<0,05$), SWB ($r=0,42$; $p<0,05$), FWB ($r=0,52$; $p<0,05$), FАСТ-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 FАСТ-An: PWB ($r=-0,33$; $p<0,05$), SWB ($r=-0,30$; $p<0,05$), FWB ($r=0,41$; $p<0,05$), FАСТ-An total ($r=0,39$; $p<0,05$) і FАСТ-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.

ХАРАКТЕР ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Сапричова Л. В., Цівенко В. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – вивчити особливості діастолічної дисфункції у хворих з анемією різного ступеня тяжкості, що розвинулась на тлі ХСН та хронічної хвороби нирок (ХХН).

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих з ХСН II-IV функціонального класу (ФК) ішемічного генезу, які знаходились на лікуванні у Харківській міській клінічній лікарні №27 (середній вік $71,42 \pm 8,66$ років). У всіх хворих діагностовано анемію та ознаки ХХН II-III стадії на тлі ХСН при ІХС. Причинами ХХН були хронічний пієлонефрит та діабетична нефропатія. ФК ХСН встановлювали згідно класифікації Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA). Наявність і стадії ХХН визначали за класифікацією Національного ниркового фонду США (NKF) K/DOQ. Діагноз анемії визначали згідно критеріїв Медичного комітету стандартів гематології (ICST, 1989). Анемія легкого ступеня діагностована у 50 хворих, середнього ступеня тяжкості – у 25 хворих та тяжкої – у 12 хворих. За характером трансмітрального потоку визначали наступні параметри діастолічної функції лівого шлуночка: максимальна швидкість раннього піка трансмітрального кровотока – E, см/сек; максимальна швидкість передсердної систоли – A, см/сек; їхнє відношення – діастолічний коефіцієнт – E/A. Статична обробка отриманих даних проводилась методами варіаційної статистики. Дані представлено у вигляді серелніх та похибки середнього. Статистична значущість визначено за критерієм F-Фішера.

Результати дослідження. Дослідження діастолічної дисфункції (ДД) показало присутність змін трансмітрального потоку, що характерні для псевдонормального типу у 30 % хворих, порушення релаксації у 70 % хворих. У хворих з анемією середнього ступеня тяжкості на тлі ХСН та ХХН структурно-функціональні особливості характеризуються гетерогенністю, переважали пацієнти з ДД за типом псевдонормалізації (58 %), порушення релаксації діагностовано у 15 % хворих, 27 % мали порушення ДД за рестриктивним типом. Виявлено переважне формування ДД за рестриктивним типом у хворих з тяжким ступенем анемії (61 %), псевдонормальний тип ДД спостерігався у 32 %, тоді як порушення релаксації відзначалося лише у 7 % пацієнтів.

Висновки. Наявність анемії у пацієнтів на ХСН та ХХН має негативний вплив на параметри діастолічної функції, що характеризується раннім розвитком і прогресуванням ДД.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Леонідова В. І., Глєбова О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – вивчити особливості ремоделювання міокарду у хворих з анемією різного ступеня тяжкості, що розвинулась на тлі ХСН та хронічної хвороби нирок (ХХН).

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих з ХСН II-IV функціонального класу (ФК) ішемічного генезу, які знаходились на лікуванні у Харківській міській клінічній лікарні №27 (середній вік $71,42 \pm 8,66$ років). У всіх хворих діагностовано анемію та ознаки ХХН II-III стадії на тлі ХСН при ІХС. Причинами ХХН були хронічний пієлонефрит та діабетична нефропатія. ФК ХСН встановлювали згідно класифікації Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA). Наявність і стадії ХХН визначали за класифікацією Національного ниркового фонду США (NKF) K/DOQ. Діагноз анемії визначали згідно критеріїв Медичного комітету стандартів гематології (ICST, 1989). Анемія легкого ступеня діагностована у 50 хворих, середнього ступеня тяжкості – у 25 хворих та тяжкої – у 12 хворих. Визначення типів ремоделювання визначали за класифікацією Ganau. Статична обробка отриманих даних проводилась методами варіаційної статистики. Дані представлено у вигляді середніх та похибки середнього. Статистична значущість визначено за критерієм F-Фішера.

Результати дослідження. Визначення типів ремоделювання у хворих на ХСН та ХХН з анемією легкого ступеня тяжкості виявило наявність концентричного ремоделювання (КР) у 47 %, концентричної гіпертрофії (КГ) у 53 %. Нормальна геометрія, а також ексцентрична гіпертрофія (ЕГ) не виявлена у жодного пацієнта. У пацієнтів з анемією середньої тяжкості визначено КР у 23 % хворих, КГ у 68 %, ЕГ у 9 %. Вивчення структурних змін міокарда у хворих з тяжкою анемією показало наявність ЕГ у переважної більшості хворих (72%). КГ визначено у 28 %, КР не було у жодного пацієнта.

Висновки. Наявність анемії у пацієнтів на ХСН та ХХН має негативний вплив на структурно-функціональні параметри міокарду, що характеризується розширенням порожнин серця, раннім розвитком несприятливого типу ремоделювання міокарду.

СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Ринчак П. І., Кравчун П. Г., Іванашко К. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ (2016 року) підвищений артеріальний тиск (АТ) стало причиною 13% всіх смертей у всьому світі. Аналіз показника загальної смертності в Україні свідчить про те, що смертність від захворювань системи кровообігу становить 61,6%. Підвищений АТ є одним з трьох факторів (ФР) ризику ішемічної хвороби серця, які можна контролювати.

Мета: оптимізація гіпотензивної терапії з урахуванням ФР.

Матеріали та методи: гіпертонічна хвороба, фактори ризику.

Результати. Для стратифікації хворих гіпертонічною хворобою за групами ризику використовували наступні критерії: наявність встановлених факторів ризику, наявність інших чинників ризику, що несприятливо впливають на прогноз, наявність ураження органів-мішеней, наявність асоційованих захворювань. Залежно від перерахованих вище ФР хворих поділили на 4 групи: з низьким ризиком 12% хворих, з помірним ризиком 18%, високий ризик у 43% і дуже високий у 27%).

Через 2 місяця після лікування та корекції таких ФР як куріння, підвищення рівня холестерину та глюкози, ожиріння, малорухливий спосіб життя. Хворі за ФР розподілились наступним чином: з низьким ризиком 17% хворих, з помірним ризиком 22%, високий ризик у 37% і дуже високий у 24%.

Висновки. У процесі лікування хворий може переходити з одного ступеня ризику в іншу, що має значення при оцінці проведеної антигіпертензивної терапії. Таким чином, стратифікаційний підхід в діагностиці і лікуванні гіпертонічної хвороби забезпечує виявлення факторів серцево-судинного ризику і ураження органів-мішеней, що дозволяє ідентифікувати групи ризику пацієнтів і зумовлює правильну тактику їх лікування. Своєчасний контроль над модифікованими ФР допоможе знизити ризик ускладнень.

ВПЛИВ РІЗНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК МІГРЕНОЗНОЇ ЦЕФАЛГІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ Різниченко О. К., Щebetенко В. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мігрень – церебральний судинний пароксизм, який є широко поширеним і нерідко порушує працездатність і соціальну адаптацію хворих. Мігренню страждає до 30% населення земної кулі. 75% - 80% населення перенесли хоча б один раз у житті напад мігренозного болю. Відомо, що мігрень починається в молодому віці – в 60% випадків від 18 до 20 років. Ось чому вкрай необхідно ретельне вивчення факторів, що провокують напади мігрені у молодих людей.

Метою даного дослідження є вивчення частоти впливу різних факторів, які сприяють виникненню нападу мігренозного болю в студентів.

Нами опитано 87 студентів 4 курсу за допомогою спеціально розроблених анкет. У 28 респондентів виявлено ознаки мігрені, 13 з них жіночої статі. При визначенні факторів впливу було помічено, що зазвичай комплексно діє декілька тригерів. Основним фактором, який провокує біль названо навчальний стрес (його відзначили усі студенти). Напади болю, як правило, виникали не на висоті стресу, а в період післястресової релаксації. Це пояснюється тим, що під час стресу через симпато-адреналовий вплив, активується антиноцицептивна система і рівень медіаторів, що забезпечують придушення болю підвищується, а при подальшій релаксації навпаки знижується. Додатковими тригерами визнано невчасне харчуванням (10 осіб), зміна погоди (5 осіб), магнітні бурі (7 осіб), різні запахи (4 особи), передменструальні дні у жінок (3 особи) та інші. Частим провокуючим фактором є порушення сну (9 осіб) – як недосипання, так і надлишковий сон. Сон у вихідні дні нерідко провокує так звану "мігрень недільного дня".

Враховуючи отримані результати, для попередження виникнення мігрені нами були розроблені рекомендації щодо профілактики навчального стресу.

З усього викладеного вище можна зробити наступні висновки:

1) Мігренозна цефалгія маніфестує в осіб молодого віку та є доволі поширеною серед студентів.

2) Був визначений основний тригер – навчальний стрес, який відзначили усі студенти з ознаками мігрені, та додаткові фактори, такі як невчасне харчування, порушення режиму сну, магнітні бурі, алергічні захворювання, зміна погоди, передменструальні дні у жінок та інші. Вони доповнюють і посилюють провокуючий вплив навчального стресу.

Важливим є попередження виникнення нападів головного болю. Саме тому необхідно впровадити систему заходів профілактики навчального стресу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ З ДИСЛІПІДЕМІЄЮ, ЩО ТРИВАЛО ХВОРИЮТЬ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Ромаш І. Б., Ромаш Н. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи: оцінка ефективності використання аторвастатину у хворих з гіперліпідемією (дисліпідемією) на фоні артеріальної гіпертензії (АГ) II-III ступеня.

Матеріали та методи. Обстежено 34 хворих на АГ з виявленою гіперліпідемією у віці від 46 до 74 р., з них чоловіків – 12, жінок – 22. У 19 осіб було встановлено діагноз АГ II ст., у 15 – АГ III ст. Тривалість захворювання становила від 10 до 19 років. Обтяжений сімейний анамнез був у 17 пацієнтів. Гіпотензивна терапія включала: інгібітори АПФ, сартани. Контрольну групу склали 22 здорових осіб: 14 чоловіків і 8 жінок.

Результати дослідження. Хворим проводили загально-клінічні обстеження, вивчали біохімічні показники функціонального стану нирок і печінки, ліпідний спектр крові. В обстеження включали пацієнтів з порушенням ліпідного обміну, у яких гіполіпідемічна дієта не дала ефекту. Стан ліпідного обміну обстежували за рівнем загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), індексу атерогенності (ІА). Під час обстеження та лікування хворі дотримувались гіполіпідемічної дієти. Пацієнти приймали по 30 мг. аторвастатину на ніч впродовж місяця. Біохімічні лабораторні обстеження проводилися до та після місячного прийому препарату. При оцінюванні результатів було виявлено вагоме зниження показника ХС на 26,5 %; ЛПНЩ понизилися на 18,5 %; ЛПВЩ зросли на 23,8 %; ТГ зменшилися на 12,5 %. Коефіцієнт атерогенності із вихідного рівня 6,7 після проведеного лікування знизився до 3.65. У 2 пацієнтів контрольне дослідження трансаміназ дало підвищення показників у 1.3 рази. У зв'язку із цим дозу аторвастатину у цих осіб зменшили до 10 мг на добу.

Висновки. Корекція гіперліпідемії дає можливість зменшення вірогідності розвитку атеросклерозу у пацієнтів з АГ, вплинути на зниження її факторів ризику, запобігти ускладненням гіпертонічної хвороби.

Застосування аторвастатину впродовж місяця для корекції гіперліпідемії у хворих з АГ II та АГ III ст. підтвердило його дієвість та безпечність застосування. Для підтримання гіполіпідемічного ефекту рекомендований подальший прийом препарату.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ НА ПРОГРЕСУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Ромаш І. Б., Ромаш Н. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи: вивчення впливу факторів метаболічного синдрому (МС) на перебіг артеріальної гіпертензії II-III ступеня у пацієнтів старшого віку.

Матеріали і методи: Обстежено 43 пацієнти (30 жінок та 13 чоловіків) з артеріальною гіпертензією II-III ст. (АГ) і абдомінальним ожирінням у віці 69-82 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у клініці Івано-Франківського національного медичного університету з проявами СН 2А-Б ст. Хворим проводили загально-клінічні обстеження, визначали індекс маси тіла, вивчали біохімічні показники функціонального стану нирок і печінки, ліпідний спектр крові, пероральний глюкозотолерантний тест (ГТТ), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) і ехокардіоскопію (ЕхоКС), УЗД ОЧП.

Результати дослідження. У хворих на АГ з абдомінальним ожирінням виявлено дисліпідемію з гіпертригліцеридемією, гіперхолестеринемією (35 чол.) за рахунок проатерогенних ліпідів, гіперурикемією (21 чол.), порушення глікемії натще (17 чол.), порушення толерантності до глюкози (19 чол.). При аналізі показників ДМАТ у пацієнтів з АГ і абдомінальним ожирінням виявлено збільшення варіабельності АТ, наростання ЧСС і швидкості приросту АКТ в ранковій годині, переважання прогностично несприятливого профілю АКТ по типу «Night-peaker». За даними ЕхоКС концентрична гіпертрофія з діастолічною дисфункцією міокарда спостерігалась у 24 осіб, ексцентрична гіпертрофія ЛШ з систолічною дисфункцією міокарда у 28 осіб. Спостерігалось швидке наростання симптомів серцевої недостатності у пацієнтів з АГ і рефрактерності їх до традиційної терапії. У 32 хворих виявлена значна амплітуда коливань ЧСС.

Висновок. Прояви метаболічного синдрому сприяють швидкому наростанню симптомів прогресування серцевої недостатності, значним труднощам у досягненні цільового зниження АКТ, рефрактерності її симптомів до традиційної терапії, сприяють формування несприятливого добового профілю АКТ та несприятливих варіантів ремоделювання міокарду.

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Росул М. М., Корабельщикова М. О., Іваньо Н. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. Домінуючу позицію у структурі загальної захворюваності та інвалідності населення продовжують займати хвороби серцево-судинної системи, які є основною причиною зниження тривалості та якості життя в сучасному світі, а також найчастішою причиною смертності населення. Атеросклеросклеротичне ураження судин може тривалий час перебігати безсимптомно і маніфестувати на стадії ускладнень – з розвитку інфаркту міокарда (ІМ), мозкового інсульту, серцевої недостатності чи раптової смерті. Останнім часом кардіологи все більш уваги звертають на психогенні фактори ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Мета: вивчити роль тривожно-депресивних розладів як вагомого фактору ризику ССЗ.

Матеріали та методи: аналіз даних проведених досліджень щодо взаємозв'язку між наявністю тривожно-депресивних розладів і ризиком серцево-судинних подій та серцево-судинної смертності.

Результати. Епідеміологічні дані останніх десятиліть свідчать про високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення, що є прямим наслідком хронічного стресу, причому частка осіб жіночої статі з клінічно вираженою депресією є достовірно вищою. В осіб з ознаками депресії частіше (в 1,2-4,5 рази) розвиваються ішемічна хвороба серця (ІХС), ІМ, мозковий інсульт та раптова серцева смерть. При цьому, встановлено, що чим сильніша депресія, тим раніше і важче виявлятимуться симптоми ІХС незалежно від присутності інших факторів ризику. Наявність супутньої депресії і/чи тривожності також впливає на перебіг вже встановленого діагнозу серцево-судинного захворювання. Депресії погіршують соціальні наслідки ІХС: подовжують терміни перебування хворого в кардіологічному стаціонарі, знижують працездатність, підвищують ймовірність інвалідизації. Тривожний стан і депресія асоціюються з рецидивуючими, тривалими нападами стенокардії, порушеннями серцевого ритму. Наявність депресії через місяць після аортокоронарного шунтування асоціювалася зі збільшенням частоти рецидивів стенокардії протягом 5 років спостереження. Крім того, емоційний стрес призводить до зниження показників виживаємості хворих з ІХС. У хворих з депресивним станом, які перенесли ІМ, у п'ять разів вищий ризик смертності порівняно із пацієнтами без депресії.

Висновки: хронічні психоемоційні перевантаження, високий рівень тривожності та депресія значно прискорюють розвиток та ускладнюють перебіг ССЗ, а отже потребують активного виявлення та своєчасної корекції.

ФАКТОРИ АГРЕСІЇ ТА ЗАХИСТУ ШЛУНКОВОГО ВМІСТУ У ХВОРИХ НА ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ ШЛУНКА

Руденко А. І., Петішко О. П., Галінський О. О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета: оцінити рівень факторів агресії та захисту шлункового соку у хворих на хронічний атрофічний гастрит.

Матеріал та методи. Дослідження проведено у 32 хворих, які були розподілені на групи: I – 6 пацієнтів з атрофічними змінами слизової оболонки шлунка (СО Ш) різного ступеня вираженості; II – 12 хворих із кишковою метаплазією (КМ) в антральному відділі шлунка, III – 14 пацієнтів з тотальною КМ, яка охоплювала антральний відділ та тіло.

Результати та обговорення. Результати дослідження секреторної функції шлунка показали, що у 33,3% пацієнтів III групи рН шлункового соку був лужним ($\text{pH} > 6$), що в 1,3 та 1,8 рази більше, ніж в I та II групі, відповідно. У 75,0% обстежених I групи, 54,5% – II та 66,7% – III групи відмічалось зниження концентрації пепсину, причому більш виражене (вміст пепсину нижче 0,1 мг/мл) спостерігали у 66,7% хворих з тотальною КМ. Натомість концентрація сіалових кислот, які є маркером альтеративних процесів в СО, була збільшена у всіх хворих, але більш значно у пацієнтів III групи з ацидною секрецією – майже у 4,2 рази ($\text{p} < 0,001$) відносно контрольної групи, в 2 рази порівняно з I та у 1,5 рази – з II групами. Аналіз складу захисного фактору глікопротеїнового гелю показав, що вміст глікопротеїнів майже у всіх досліджених був в межах нормальних значень, проте якісний аналіз вмісту фукози дозволив встановити особливості: зниження її концентрації нижче значень контрольної групи спостерігали в 27,3% випадків II та 42,8% – III груп ($\text{p} < 0,05$). Вміст гексозамінів поступово збільшувався по мірі збільшення рН СО Ш: найбільша концентрація їх відмічена у пацієнтів III групи з анацидною секрецією, що в 1,5 рази перевищувало показники контрольної групи, в 1,4 – I та в 1,3 рази – II груп. Розподіл гексозамінів за їх функціональною активністю показав, що серед хворих I групи переважний відсоток склали пацієнти з підвищеними значеннями гексозамінів. Натомість в II групі переважали хворі зі збереженою активністю гексозамінів, а в III – з однаковою частотою спостерігали як зниження, так і підвищення цього показника.

Висновки. Виявлена диспропорція компонентів полімерних структур слизового гелю свідчить про порушення біосинтезу глікопротеїнів, що може бути пов'язано з секрецією «незрілих» глікопротеїнів. Останні не забезпечують адекватний рівень фізико-хімічних властивостей гелю, який покриває люменальну поверхню слизової оболонки, що сприяє її пошкодженню агресивними факторами СО Ш.

DIABETES MELLITUS AND COPPER, IODINE

Rusnak I. T.

*Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine*

The trace element is a dietary mineral that is needed for the proper growth, development, and physiology of the organism. Results of studies confirm that deficiency and efficiency of some essential trace metals may play a role in the development of diabetes mellitus.

Copper is considered as both a powerful enzyme catalyst and a dangerous reactant that generates hydroxyl radical. A deficiency of copper results in glucose intolerance, decreased insulin response, and increased glucose response. It is associated with hypercholesterolemia and atherosclerosis.

Iodine is absolutely vital for proper thyroid function. The iodine deficiency is the most common cause of hypothyroidism worldwide. The iodine deficiency will cause mental retardation and cretinism and it is the most devastating in all trace elements. Thyroid hormone controls insulin secretion. In hypothyroidism, there is a reduction in glucose-induced insulin secretion by β cells, and the response of β cells to glucose or catecholamine is increased in hyperthyroidism due to increased β -cell mass. Moreover, insulin clearance is increased in thyrotoxicosis. Insulin resistance and β -cell function are inversely correlated with thyroid stimulating hormone (TSH) which may be explained by insulin-antagonistic effects of thyroid hormones along with an increase in TSH. The higher serum TSH usually corresponds to lower thyroid hormones via negative feedback mechanism. As TSH increased, thyroid hormones decreased and insulin antagonistic effects are weakened. These observations demonstrate that insulin imbalance is closely associated with thyroid dysfunction and the phenomenon is mediated via β -cell dysfunction. The significantly lower level of iodine was reported in the urine of type 2 diabetes mellitus than in that of healthy control subjects.

A well-balanced diet will maintain the impairment of essential macro- and micronutrients in patient with diabetes mellitus.

DIABETES MELLITUS AND ZINC, VANADIUM

Rusnak I. T.

*Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine*

Diabetes mellitus is a chronic disease that occurs either when the pancreas does not produce enough insulin or when the body cannot effectively use the insulin it produces.

Zinc plays an important role in glucose metabolism. It helps in the utilization of glucose by muscle and fat cells. It is required as a cofactor for the function of intracellular enzymes that may be involved in protein, lipid, and glucose metabolism. Zinc may be involved in the regulation of insulin receptor-initiated signal transduction mechanism and insulin receptor synthesis. Zinc is a structural part of key antioxidant enzymes such as superoxide dismutase, and zinc deficiency impairs their synthesis, leading to increased oxidative stress. Low zinc has also been seen to lead to poor or slowed wound healing, which is common in diabetic patients. Oxidative stress plays an important role in the pathogenesis of diabetes and its complications. Clinical studies reported that serum levels of zinc are usually found low in type 2 diabetes mellitus patients compared to nondiabetic due to the impaired intestinal reabsorption of endogenous zinc and the increase in excretion of zinc into the intestine during the digestive process may lead to this low serum zinc level.

Zinc supplementation can be effective for preventing or ameliorating diabetes mellitus. Zinc transporter (ZnT-8) is a crucial protein for the regulation of insulin secretion in pancreatic β -cells. Several studies have reported that diabetics had lower serum/plasma zinc levels. Increased urinary excretion of zinc suggests a deficiency in blood zinc and further dysregulation of insulin secretion.

In addition to reproductive problems and skeletal abnormalities observed in case of deficiency, vanadium is likely to have a significant role in thyroid, iron, glucose and lipid metabolism. The potential use of vanadium in the treatment of diabetic complications including cardiomyopathy has been assessed and indeed its hypoglycemic effect along with reversal of functional abnormalities has been clearly demonstrated by several studies.

Nutrition management aims to improve health quality maintaining blood glucose levels in normal range so as to reduce the risk for diabetes complications. A well-balanced diet will maintain the impairment of essential macro- and micronutrients in patient with diabetes mellitus.

DIABETES MELLITUS AND SELENIUM

Rusnak I. T.

*Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine*

Trace elements constitute a minute part of the living tissues and have various metabolic characteristics and functions. Trace elements participate in tissue and cellular and subcellular functions; these include immune regulation by humoral and cellular mechanisms, nerve conduction, muscle contractions, membrane potential regulations, and mitochondrial activity and enzyme reactions.

Diabetes mellitus is a chronic disease that occurs either when the pancreas does not produce enough insulin or when the body cannot effectively use the insulin it produces. Diabetes mellitus leads to high morbidity and mortality throughout the world.

The trace element is a dietary mineral that is needed for the proper growth, development, and physiology of the organism. Alterations in the status of trace elements could stem from chronic uncontrolled hyperglycemia. Trace elements include the transition metals vanadium (V), chromium (Cr), manganese (Mn), iron (Fe), cobalt (Co), copper (Cu), zinc (Zn), and molybdenum (Mo) and the nonmetals selenium (Se), fluorine (F), and iodine (I). All of these belong to the category of micronutrients, which are needed by the human body in very small quantities (generally less than 100 mg/day).

Selenium, a trace element, is involved in the complex system of defense against oxidative stress through selenium-dependent glutathione peroxidases and other selenoproteins. Due to its antioxidant properties, selenium might be preventing the development of diabetes. In addition, selenate, an inorganic form of selenium, mimics insulin activity in experimental models. Selenium is incorporated into selenoproteins that have a wide range of pleiotropic effects, ranging from antioxidant and anti-inflammatory effects to the production of active thyroid hormone. In the past 10 years, the discovery of disease-associated polymorphisms in selenoprotein genes has drawn attention to the relevance of selenoproteins to health. Low selenium status has been associated with increased risk of mortality, poor immune function, and cognitive decline. Higher selenium status or selenium supplementation has antiviral effects, is essential for successful male and female reproduction, and reduces the risk of autoimmune thyroid disease. This antioxidant property of selenium prevents the development of complications in diabetic patients. Conflicting evidence linking selenium to glucose metabolism has been reported. For instance, high selenium status was associated with reduced diabetes prevalence in several prospective cohort and case-control studies.

БАГАТОФАКТОРНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Савела А. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: обґрунтування комплексу необхідних заходів та програм для ранньої діагностики й профілактики неінфекційних захворювань.

Неінфекційні захворювання (НІЗ) є основною причиною непрацездатності, захворюваності та передчасної смертності населення у розвинутих країнах. В якості мети в сфері профілактики НІЗ Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє чотири групи основних хронічних неінфекційних захворювань: хвороби системи кровообігу, онкологічні захворювання, хронічні обструктивні захворювання легень та цукровий діабет. Дані групи захворювань об'єднують спільні фактори ризику: підвищений артеріальний тиск, неправильне харчування та малорухливий спосіб життя, зайва вага й ожиріння, підвищений вміст глюкози в крові та холестерину, тютюнопаління, зловживання алкоголем. Таким чином одним з основних методів профілактики НІЗ є усунення факторів ризику, пов'язаних з цими хворобами.

Іншими способами зменшення негативного впливу НІЗ є заходи щодо ранньої діагностики та своєчасного лікування початкових форм захворювань, диспансерне спостереження за станом здоров'я всіх груп населення. Не менш вагомим є проведення профілактичних медичних оглядів для виявлення факторів ризику і НІЗ на доклінічному етапі та ранніх стадіях розвитку хвороби, а також профілактика ускладнень й інвалідизації внаслідок хронічних неінфекційних захворювань. Особливе значення в профілактиці НІЗ займають скринінгові програми, спрямовані на виявлення передракових станів у осіб з відсутністю будь-яких ознак і проявів захворювання. Доцільним також є створення на базі поліклінік Центрів і Шкіл Здоров'я, відділень і кабінетів медичної профілактики, залучення волонтерів та засобів масової інформації з метою пропаганди здорового способу життя та формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я.

З боку Міністерства охорони здоров'я України передбачається контроль за виконанням національного плану заходів щодо профілактики НІЗ в рамках проекту «Здоров'я-2020» на обласних та районних рівнях, а також створення відповідної матеріально-технічної бази й підготовка медичних фахівців вищої і середньої ланки для реалізації інноваційних методик профілактики та лікування найбільш поширених НІЗ.

Таким чином, медичну профілактику слід розглядати як «інвестицію в здоров'я» та як «ключовий чинник» підвищення рівня здоров'я населення.

ЗМІНИ ГЕОМЕТРІЇ СЕРЦЯ ПІД ВПЛИВОМ ДОВГОТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ КОМБІНАЦІЄЮ МЕЛЬДОНІЮ ТА ФОЗИНОПРИЛУ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК V СТАДІЇ, ЯКА КОРЕГОВАНА ГЕМОДІАЛІЗОМ, ІЗ ОЗНАКАМИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Салижин Т. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета нашого дослідження: вивчити ефективність комбінованої терапії фозиноприлом та мельдонієм у пацієнтів на хронічну хворобу нирок (ХХН) V стадії, із ознаками хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Матеріали та методи: обстежено і проліковано 60 пацієнтів на ХХН V стадії, із супутньою ХСН ІА ФК ІІІ (NYHA), які перебували на амбулаторному лікуванні програмним гемодіалізом (ГД). Пацієнти були розподілені на чотири групи в залежності від типу антигіпертензивного лікування: І група 15 хворих, які отримували сеанси ГД, а рівень артеріального тиску корегували під час процедури, при необхідності пацієнти не систематично приймали антигіпертензивну засоби. ІІ група включала 15 хворих на ХХН V ст., із супутньою ХСН ІА ФК ІІІ, яким до базової терапії (БТ) з антигіпертензивною метою було додано фозиноприл у дозі 20 мг/добу. ІІІ група хворих, окрім базової діалітичної терапії, отримували мельдонію дигідрат у дозі 500 мг/добу. ІV групу склали 15 хворих, яким до БТ з гіпотензивною метою було призначено комбінацію фозиноприлу у дозі 20 мг/д та метаболічного препарату мельдонію дегідрат у дозі 500 мг/д. Оцінка лікування проводилась через 6 місяців від початку терапії.

Результати. У І групі, під впливом БТ, ми спостерігали збільшення кількості пацієнтів з ексцентричним типом ремоделювання 46,6% проти 40%. У хворих ІІ групи до лікування не було нормальної геометрії ЛШ, проте після курсу терапії нормальний тип фіксувався у 13,2% пацієнтів, а також зменшилась кількість пацієнтів з концентричною ГЛШ 50,2% проти 53,4%. У групі ІІІ не було змін у пацієнтів із ексцентричною ГЛШ, проте було суттєве зниження пацієнтів з концентричною ГЛШ 33,4% проти 46,6%. Під впливом комбінованої терапії з однаковою силою відбувалася регресія як концентричної так і ексцентричної ГЛШ 40,2% проти 53,6% та 26,6% проти 33,4%, відповідно. Спостерігалась тенденція до збільшення відсотка пацієнтів з концентричним ремоделюванням. Під впливом комбінації двох препаратів зменшився відсоток пацієнтів з ексцентричною та концентричною ГЛШ, що суттєво впливає на прогноз для виживання пацієнтів.

Висновки. Доведено, що під впливом базової діалітичної терапії не було позитивних змін геометрії серця, у хворих із концентричною і ексцентричною ГЛШ. У той же час додавання фозиноприлу і мельдонію достовірно покращує структурні та геометричні показники при різних типах ремоделювання.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Самохіна Л. М., Беседіна А. С.

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

На сьогодні для прогнозування особливостей перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) за функціональними критеріями використовується ехокардіографія, коронарна ангиографія, електрокардіографія, ультразвукова доплерографія.

Мета – визначення тенденцій розвитку проблеми за біохімічними та молекулярно-генетичними критеріями.

Пошук проводили відповідно класів МПК (для патентів) та УДК (для науково-медичної інформації), які відповідають предметам пошуку. Ретроспектива пошуку – роки.

Проведені патентно-інформаційні дослідження виявили, що вивчення прогнозування особливостей перебігу ІХС у поєднанні з ЦД за біохімічними та молекулярно-генетичними критеріями базується на визначенні рівня маркера запалення – ліпопротеїн-асоційованої фосфоліпази А2 (Lp-PLA2), яку досліджують після стентування коронарних артерій в сироватці крові (Росія), виявленні генетичного поліморфізму T1565S гена ITGB3 (Росія), рівнів мікроРНК-9 та мікроРНК-370 (Єгипет). Серед найбільш значущих факторів ризику виникнення ІХС та її ускладнень у хворих на ЦД 2 типу знаходяться (в порядку убутання значущості) підвищення рівня ліпопротеїнів низької щільності; артеріальна гіпертензія; куріння; низький рівень ліпопротеїнів високої щільності; підвищення рівня глікозильованого гемоглобіну (Росія). Виявляють значні зміни еритроцитарного гемостазу, що корелюють з тяжкістю захворювання, порушенням ліпідного обміну (Росія, Велика Британія). ЦД пов'язаний з багатофакторними змінами сигналізації серцево-судинної системи, що включає залучення фосфоінозитид 3-кінази, протеїнкінази В, ендотеліальної NO-синтази, ендотелій-релаксуючого фактора, НАДФ-оксидази, ендотелій-гіперполяризаційного фактора, кальцитонін-ген-пов'язаного пептида, аденозину, індуцибельної NO-синтази, Rho-асоційованої спіралі, що містить протеїнкіназу, v2-протеїнкінази С, Ca²⁺ / кальмодулін-залежної протеїнкінази II, мікроРНК-126 і мікроРНК-130a (Індія).

Таким чином, прогнозування особливостей перебігу ІХС у поєднанні з ЦД за біохімічними та молекулярно-генетичними критеріями є актуальним і за останні 3 роки набуло ваги з вивченням, на фоні запального статусу, ліпідного обміну, показників серцево-судинної сигналізації, вмісту мікроРНК.

КАЛЬЦИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С.

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

У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) и / или сахарным диабетом (СД) ускоряется кальцификация интимы, меди, сердечных клапанов, могут наблюдаться кальцинозные уремические артериолопатии. При этом гладкомышечные клетки сосудов проходят остеохондрогенез и проявляют признаки старения. Следует также отметить, что внутрпочечные ауторегуляторные механизмы поддерживают почечный кровоток и клубочковую фильтрацию в определенном диапазоне (80-180 мм рт. ст.). Миогенное сужение сосудов поддерживается увеличением Ca^{2+} -чувствительности.

Цель – исследовать содержание кальция в сыворотке крови пациентов среднего и пожилого возраста с диабетической нефропатией (ДН) и гипертонической болезнью (ГБ) на фоне базовой терапии.

Обследовано 35 больных с СД 2-го типа с ДН II-IV стадий до и после лечения, 20 больных с ГБ. Стадию ДН устанавливали согласно С. Mogensen (1981 г.), стадию ГБ или вторичной артериальной гипертензии – согласно рекомендациям ВОЗ и Международной ассоциации гипертензии (2007 г.). Контрольная группа – 8 здоровых лиц, отобранных с учетом соответствия концентрации фосфора референтным значениям. Больным назначали базовую нефропротекторную и антигипертензивную терапию с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. В сыворотке крови определяли концентрации кальция и фосфора с использованием наборов реагентов фирмы Cormay (Польша) и биохимического анализатора СЕМ-7 фирмы ERBA Mannheim (Чехия).

Выявлено до лечения повышение концентрации кальция по сравнению с контролем у мужчин с ДН и у женщин с ГБ пожилого возраста, снижение – при ГБ у мужчин и женщин среднего возраста. Возраст, скорость клубочковой фильтрации могут нарушить гомеостаз кальция и вызвать изменения Ca^{2+} -регуляторных механизмов. При ХБП увеличение кальция может обуславливать активацию кальпаинов, что связано с развитием кальцификации сосудов, гломерулярных изменений, аномальной трансгломерулярной секреции протеинов плазмы крови. После лечения отмечено снижение концентрации кальция у женщин с ГБ пожилого возраста до контрольного уровня, а при ДН у женщин – ниже контрольного уровня, у мужчин – повышение. Последнее обусловлено скорее всего повышенной внутрпочечной активностью ренин-ангиотензиновой системы (РАС) и требует более длительного термина лечения. Снижение активности РАС может обеспечивать уменьшение притока кальция, при этом снижение кальция ниже контрольного уровня является нежелательным в связи с возможностью развития осложнений.

ФОСФОР ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С.

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

Высокий уровень сывороточного фосфора – самый важный при уремии, нетрадиционный фактор риска сосудистой кальцификации у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) и в общей популяции. Повышение уровня сывороточных фосфатов даже в пределах нормального диапазона связано с повышенным риском смерти в додиализном периоде и у людей без болезни почек. При этом наиболее подтвержденной клинической стратегией замедления прогрессирования ХБП является терапевтическая ориентация на ренин-ангиотензиновую систему.

Цель – исследовать содержание фосфора в сыворотке крови пациентов с диабетической нефропатией (ДН) и гипертонической болезнью (ГБ) на фоне базовой терапии.

Обследовано 35 больных среднего и пожилого возраста с ДН II-IV стадий, 20 больных с ГБ до и после лечения. Стадию ДН устанавливали согласно С. Mogensen (1981 г.), стадию ГБ или вторичной артериальной гипертензии – согласно рекомендациям ВОЗ и Международной ассоциации гипертензии (2007 г.). Контрольная группа – 8 здоровых лиц (22,1±1,2) гг., отобранных с учетом соответствия концентрации фосфора референтным значениям. Больным назначали базовую нефропротекторную и антигипертензивную терапию с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. В сыворотке крови определяли концентрации фосфора с использованием наборов реагентов фирмы Cormay (Польша) и биохимического анализатора СНЕМ-7 фирмы ERBA Mannheim (Чехия).

Выявлено, что повышение концентрации фосфора при ДН варьирует в зависимости от пола и возраста больного и менее выражено по сравнению с ГБ. При этом выше по сравнению с контролем у всех больных ДН, кроме женщин среднего возраста и мужчин пожилого возраста, а в группе ГБ выше у пожилых женщин и у всех мужчин. Высокие концентрации фосфора в крови независимо связаны с сосудистой кальцификацией и артериальной жесткостью.

После лечения отмечено у женщин с ГБ среднего возраста повышение, а у пожилых женщин, у всех мужчин с ГБ, а также при ДН – снижение концентрации фосфора, при этом у больных с ДН II-III – до нормальных значений, а при ДН IV – ниже контрольного уровня. Для лучшего контроля уровня фосфора возможно учесть достигнутые успехи в так называемой системе фосфатонин, краугольным камнем которой является фактор роста фибробластов 23, его связывание с рецептором комплекса Klotho / FGFR1с в эпителиальных клетках почечных канальцев приводит к последующему выделению фосфора из организма.

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕРНИСТИКИ

Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., Пионова Е. Н., Трифонова Н. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: выделить факторы риска развития острого повреждения почек (ОПП) в клинической практике для оптимизации диагностики, лечения и профилактики.

Проведен ретроспективный анализ 43 случаев смерти от тяжелой негоспитальной пневмонии IV клинической группы в ОРИТ КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК» за период январь – ноябрь 2016г. Результаты рутинных клинических исследований обработаны непараметрическими статистическими методами с оценкой различий между группами пациентов с помощью критерия Манна-Уитни, оценка параметров связи показателей осуществлялась по Спирмену (R).

ОПП диагностировали на основании повышения уровня сывороточного креатинина (Scr) более 26 мкмоль/л за 48 часов либо более, чем в 1,5 раза в течение 7 дней (KDIGO 2012г). Все больные поступали в критическом состоянии. Признаки ОПП выявлены у 14 пациентов (32,5% – 1 группа), 29 больных (без признаков ОПП) составили 2 группу (68,5%). В обеих группах выявлены симптомы гиперметаболического синдрома (ГМС), вызванного тяжелой гипоксией (SpO_2 от 27% до 60%) и достоверно более выраженного в 1 группе: общий белок в крови у пациентов с ОПП составил 54,55 [48,30-56,30] г/л и 61,5 [54,70-68,60] г/л во 2 группе ($p=0,008786$); уровень АСТ соответственно составил 300,40 [73,50-1173] Ед/л и 97,30 [44,50-148,00] Ед/л ($p=0,009778$). Уровень АЛТ в 1 группе составил 152,00 [87,50-460,50] Ед/л и 49,50 [22,80-110,80] Ед/л во 2 группе ($p=0,005529$). Умеренная гипергликемия отмечена в обеих группах, что расценено как «стрессовая», связанная с развитием глюкозотолерантности при ГМС.

При тяжелой пневмонии ОПП возникает на фоне выраженного ГМС, гипопроотеинемии, повышения уровней АЛТ и АСТ, что связывается с вовлечением в ГМС скелетных мышц, аутофагией вследствие клеточного стресса при выраженной гипоксии тканей. Развитие ОПП можно прогнозировать в группах риска (гиперметаболический синдром, повышение уровней АЛТ и АСТ, пожилой возраст пациентов, острые и хронические сопутствующие болезни, нефротоксические лекарственные препараты, дегидратация, нестабильная гемодинамика).

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА УРОВНИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Серик С. А., Рябуха В. В., Бондарь Т. Н.

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

Цель: оценить влияние статинов на уровни провоспалительных цитокинов (интерлейкина 6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа)) у больных ИБС и ИБС с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. Обследовано 186 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов, из которых 78 пациентов имели сопутствующий СД. Уровни ИЛ-6 и ФНО-альфа определяли иммуноферментным методом. Концентрации общего холестерина и фракции липопротеидов определяли ферментативным методом. Исследование проводилось на момент включения пациента и через 12 мес лечения на фоне проводимой стандартной терапии, включая ацетилсалициловую кислоту, бета-адреноблокатор, ингибитор АПФ, статины (аторвастатин 20мг или розувастатин 10 мг).

Результаты исследования. Пациенты были распределены на две группы в зависимости от получаемой терапии статином и наличия СД. В группе больных ИБС на фоне приема аторвастатина (n=52) и розувастатина (n=56) через 12 мес. терапии отмечалось достоверное снижение ХСЛПНП ($p < 0,01$) по сравнению с исходным значением, при этом уровень ИЛ-6 был выше в группе аторвастатина ($13,01 \pm 0,62$) пг/мл, против ($11,28 \pm 0,16$) пг/мл) и не имел достоверных отличий ($p < 0,5$). Уровень ФНО-альфа не имел достоверных отличий в сравниваемых группах – ($8,57 \pm 0,83$) пг/мл и ($9,06 \pm 0,64$) пг/мл соответственно. При обследовании пациентов с СД выявлено, что при относительно равном снижении уровня ХСЛПНП в группе аторвастатина (n=40) и розувастатина (n=38) обеих группах, отмечено достоверное снижение уровня ИЛ-6 в группе розувастатина ($8,03 \pm 1,63$) пг/мл, против ($12,02 \pm 1,95$) пг/мл в группе аторвастатина ($p < 0,01$). Уровень ФНО-альфа так же имел достоверные отличия: ($8,43 \pm 0,57$) пг/мл – в группе розувастатина и ($10,73 \pm 0,83$) пг/мл в группе аторвастатина ($p < 0,01$).

Выводы. Назначение статинов пациентам с ИБС приводит к достоверному снижению не только ХСЛПНП, но и уровней провоспалительных цитокинов (ИЛ-6 и ФНО-альфа). В группе больных ИБС и СД прием розувастатина приводил к достоверному снижению уровней провоспалительных цитокинов по отношению к аторвастатину, а разница в снижении ХСЛПНП была не значимой.

ВИСОКА ЗАЛИШКОВА РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ І ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Ченчик Т. О.

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

Мета дослідження – дослідити взаємозв'язок між високою залишковою реактивністю тромбоцитів (ЗРТ) при лікуванні ацетилсаліциловою кислотою (АСК) і проявами оксидативного стресу при стабільній ішемічній хворобі серця (ІХС) у поєднанні із цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 163 хворих на стабільну ІХС, з яких у 88 діагностовано діабет 2 типу. Усі хворі отримували АСК у дозі 75-100 мг/добу. Для визначення агрегаційної активності тромбоцитів розраховували сумарний індекс агрегації тромбоцитів (СІАТ) з використанням арахідонової кислоти (АК) у якості індуктора агрегації. ЗРТ вважали високою при значенні СІАТ ≥ 15 %. Для вивчення стану антиоксидантної системи оцінювали активність глутатіонпероксидази (ГПО) і рівень сульфгідрильних груп (SH-груп). Рівень малонового диальдегіду (МДА) використовували у якості маркера вираженості оксидативного стресу. Активність ГПО визначали в гемолізаті крові фотометричним методом. SH-групи та МДА визначали в сироватці крові за допомогою фотометричного методу.

Результати і обговорення. При ІХС з діабетом підвищення ЗРТ зустрічалось частіше (у 18,18 %), ніж у хворих без діабету (10,22 %). При аналізі зустрічальності високої ЗРТ відповідно кварталів за рівнем МДА найбільша кількість хворих з високою ЗРТ у групі без діабету була в IV кварталі – 40,00 %, достовірно ($p < 0,05$) перевищуючи частоту високої ЗРТ в I кварталі – 00,00 %. При діабеті висока ЗРТ зустрічалась частіше при менших значеннях МДА, так, вже в III кварталі висока ЗРТ (17,39%) перевищувала показники в I кварталі – 00,00 % ($p < 0,05$). В IV кварталі кількість випадків високої ЗРТ була ще більшою – 50,00% (у зрівнянні з III кварталю $p > 0,05$). При аналізі залежності зустрічальності високої ЗРТ від значень SH-груп встановлено, що висока ЗРТ в I кварталі (при рівні SH-груп $< 533,75$ мкмоль/л) зустрічалась частіше, ніж в IV кварталі ($p < 0,05$). При ІХС з у поєднанні з діабетом висока ЗРТ достовірно частіше, ніж в IV кварталі, спостерігалась не тільки в I, але й в II квартілях, де склала 50,00% та 20,00%, відповідно. Достовірних закономірностей зв'язку ЗРТ із рівнем ГПО виявлено не було.

Висновки. При поєднанні ІХС з цукровим діабетом 2 типу підвищення ЗРТ зустрічається частіше, ніж у хворих на ІХС без діабету. При цьому у хворих на діабет підвищення ЗРТ відбувається при менших проявах оксидативного стресу, ніж у пацієнтів без діабету. Зменшення рівнів SH-груп менше 607,50 мкмоль/л у хворих без діабету та менше 618,75 мкмоль/л при діабеті та підвищення МДА більше 6,25 мкмоль/л у пацієнтів без діабету і більше 5,48 мкмоль/л при діабеті можуть бути предикторами високої ЗРТ при стабільній ІХС на фоні постійного прийому АСК.

ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ ТА ЖІНОЧОЇ СТАТІ З ХВОРОБАМИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Сидоренко Г. В., Білий Д. О.

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»
м. Київ*

Мета: Визначити характерні для учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (УЛНА) з хворобами системи кровообігу (ХСК) зміни варіабельності серцевого ритму (ВСР), оцінити їх значимість з урахуванням статі.

Об'єкт і методи. Обстежено 100 осіб з ХСК, у тому числі 60 учасників УЛНА та 40 пацієнтів, які не зазнали впливу іонізуючого випромінювання. В основній групі (ОГ) обстежено 30 чоловіків та 30 жінок, в контрольній (КГ) – 20 і 20 відповідно. Для дослідження добової ВСР використана система "DiaCard-II" (Україна). Оцінювали ключові часові та спектральні показники. Статистичний аналіз виконували за допомогою пакету програм Microsoft Excel 2007.

Результати. У осіб жіночої статі реєстрували більш суттєве зниження показників, що характеризують загальну ВСР. Індекс стандартного відхилення NN інтервалу (SDNN-i) у них був меншим, відносно чоловіків в ОГ на 10,9 %. Встановлено достовірне зменшення SDNN-i у жінок, які зазнали впливу ІВ відносно контролю на 7,1 %. Показники ВСР, які характеризують парасимпатичну активність, були більш зниженими у жінок УЛНА. Зменшення квадратного кореню середньої суми квадратів відмінностей (RMSSD, мс) і відсотка сусідніх NN інтервалів, різниця між якими перевищує 50 мс (pNN50%), відносно чоловіків ОГ склала 14,6 %. Підвищення трикутного індексу (ТІ), що свідчить про перевагу симпатoadреналової регуляції на серцевий ритм реєстрували більш значимим у чоловіків. В УЛНА чоловічої статі ТІ перевищував дані жінок на 13,2 %. В ОГ жіночої статі загальна потужність спектру на 17,8 % була менше ніж у чоловіків, в контролі відповідні зміни становили 11,0 %. Потужність в діапазоні дуже низьких (VLFp), низьких (LFp) і високочастотних (HFp) коливань на 15,5 %, 27,7 % та 33,7 % відповідно у чоловіків ОГ переважала дані жінок. В КГ відповідні зміни для VLFp становили 15,5 %, LFp – 14,2 %, HFp – 14,4 %. Відповідним чином відношення LF/HF у чоловіків перевищувало дані жіночої статі на 16,7 % в ОГ і 30,3 % в КГ, що характеризувало підвищену симпатичну активність в осіб чоловічої статі.

Висновок. Аналіз ВСР у осіб чоловічої і жіночої статі з ХСК показав зменшення часових і спектральних показників з перевагою симпатичних впливів у чоловіків. У жінок реєстрували суттєве зменшення абсолютних показників ВСР за рахунок зменшення парасимпатичних впливів, підвищення нейрогуморальної активності.

PREDICTION OF PANCREATIC CANCER: THE THEORETICAL APPROACH TO APPLICATION OF NON-INVASIVE BIOMARKERS IN DIAGNOSIS, FOLLOW-UP AND TREATMENT OF EPITHELIAL PANCREATIC MALIGNANCIES

¹Sinelnikov A., ^{2,3}Boyko V., ^{2,3}Zamiatin P., ⁴Kolesnikova O., ⁵Dubrovina N.

¹Lake Erie College of Medicine (LECOM), 5000 Lakewood Ranch Blvd., Bradenton FL, USA, ²GI «V.T. Zaycev Kharkiv Institute of General and Emergency Surgery» of NAMS of Ukraine, ³Kharkiv National Medical University, ⁴GI "L. T. Malaya Therapy National Institute of the NAMS of Ukraine", ⁵University of Economics in Bratislava

Cancer of the pancreas remains one of the deadliest cancer types. Based on the GLOBOCAN 2012 estimates, pancreatic cancer causes more than 331000 deaths per year, ranking as the seventh leading cause of cancer death in both sexes together. Globally, about 338000 people had pancreatic cancer in 2012, making it the 11th most common cancer. The highest incidence and mortality rates of pancreatic cancer are found in developed countries. Trends for pancreatic cancer incidence and mortality varied considerably in the world. A known cause of pancreatic cancer is tobacco smoking. This risk factor is likely to explain some of the international variations and gender differences. The overall five-year survival rate is about 6% (ranges from 2% to 9%), but this vary very small between developed and developing countries. To date, the causes of pancreatic cancer are still insufficiently known, although certain risk factors have been identified, such as smoking, obesity, genetics, diabetes, diet, inactivity.

Our perspective research categorized possible non-invasive biomarkers in several groups: chromosomal rearrangements and particular gene mutations.

First group of candidates is presented by chromosomal aberrations which explains hereditary cancer syndromes caused by rare high-risk inherited mutations: Peutz-Jeghers syndrome; Familial atypical multiple mole and melanoma syndrome; Hereditary nonpolyposis colorectal cancer or Lynch syndrome; Familial adenomatous polyposis; Hereditary breast and ovarian cancer syndrome and Hereditary pancreatitis; and more often, but intermediate risk inherited and sporadic mutations, such as chromosome 9q34.2 (in the ABO blood group gene), 1q32.1 (in NR5A2), 5p15.33 and 13q22.1. We also predict possible application of chromosome 7q23.2 (LINC-PINT), 16q23.1 (BCAR1), 13q12.2 (PDX1), 22q12.1 (ZNRFB3) and 8q24.1 (non-genic), 17q24.3 (LINC00673), 2p14 (ETAA1), 7p14.1 (SUGCT) and 3q28 (TP63). Another group of possible candidates represent specific genetic mutation, those mostly common identifiable in surgical sample. We consider the most common genetic and epigenetic mutations such as TP53 with asociated mutation in KRAS and RNF43; SMAD4 tumor suppressor; RAS gene family (includes KRAS, NRAS, and HRAS). The benefit of elucidating the molecular, genetic, pathologic, and anatomic variances involved in the progression development, diagnosis and behavior of pancreatic cancer will allow pharmaceutical companies to design more sophisticated drugs that are highly cycle-phase specific to their target molecule.

ВМІСТ СОРТИЛІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити вміст сортиліну у сироватці крові у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: проведено комплексне обстеження 105 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківської міської клінічної лікарні №27. Хворі були розподілені на дві групи. Основну групу склали 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу. Групу порівняння склали 30 хворих на ІХС без супутнього ЦД 2 типу. До контрольної групи увійшло 30 практично здорових осіб. Вміст сортиліну в сироватці крові хворих визначали імуноферментним методом з використанням набору реактивів «Human SORT 1 ELISA Kit» (США). Отримані результати представлені у вигляді середнього значення \pm стандартне відхилення від середнього значення ($M \pm SD$). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати: аналіз вмісту сортиліну у хворих на ІХС та ЦД 2 типу показав, що в основній групі рівень сортиліну склав $241,03 \pm 46,57$ нг/л, у групі порівняння – $214,165 \pm 33,23$ нг/л, а контрольній групі – $123,63 \pm 18,88$ нг/л. Порівняльний аналіз продемонстрував підвищення рівня сортиліну на 11,20 % та 48,96 % в умовах поєданого перебігу ІХС та ЦД 2 типу в порівнянні з вмістом зазначеного маркера у пацієнтів з ІХС без діабету та контрольною групою відповідно ($p < 0,05$).

Висновки: поєднаний перебіг ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу асоціювався з гіперсортилінемією, що пов'язана з атерогенними перебудовами ліпідного спектру за рахунок метаболічних порушень.

РОЛЬ СОРТИЛІНУ У ФОРМУВАННІ РІЗНИХ ТИПІВ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити роль сортиліну у формуванні різних типів дисліпідемій у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: проведено комплексне обстеження 105 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Хворі були розподілені на дві групи. Основну групу склали 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу. Групу порівняння склали 30 хворих на ІХС без супутнього ЦД 2 типу. До контрольної групи увійшло 30 практично здорових осіб. Вміст сортиліну в сироватці крові хворих визначали імуноферментним методом з використанням набору реактивів «Human SORT 1 ELISA Kit» (США). Рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) визначали за формулою: $\text{ХС ЛПНЩ} = 3\text{ХС} - (\text{ХС ЛПДНЩ} + \text{ХС ЛПВЩ})$, (ммоль/л). Типи дисліпідемії визначалися за допомогою класифікації гіперліпопротеїнемій ВООЗ, яка розроблена на основі класифікації Фредріксона (D. Fredrickson). Отримані результати представлені у вигляді середнього значення \pm стандартне відхилення від середнього значення ($M \pm SD$). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0.

Результати: дослідження сортилінемії у хворих на ІХС з супутнім ЦД 2 типу та без діабету показало відсутність вірогідних відмінностей, окрім рівня сортиліну у хворих на ІХС з нормоліпідемією та IV типом дисліпідемії. Нормоліпідемія у хворих на ІХС характеризувалася меншим рівнем сортиліну ($206,16 \pm 35,78$ нг/л) в порівнянні з пацієнтами підгрупи з IV типом дисліпідемії, де значення цього показника дорівнювало $241,25 \pm 41,83$ нг/л ($p < 0,05$). Проте, нами відзначено тенденцію до збільшення рівня сортиліну у хворих обох груп, незалежно від наявності діабету, відповідно більш атерогенним типам дисліпідемій. А також встановлено позитивний вірогідний кореляційний зв'язок між рівнем сортиліну та ХС ЛПНЩ ($r = 0,2994$; $p < 0,05$), що засвідчує внесок гіперсортилінемії в розвиток атерогенної перебудови ліпідного обміну у хворих на ІХС та ЦД 2 типу.

Висновки: таким чином, за результатами нашого дослідження можна вважати сортилін маркером підвищеного ризику гіперхолестеринемії у хворих на ІХС та ЦД 2 типу. Гіперекспресія сортиліну стимулює вивільнення печінкових ліпопротеїнів і збільшує плазмовий рівень ХС ЛПНЩ таким чином впливаючи на атерогенну перебудову ліпідного обміну.

СПЕКТР ЕНДОСКОПІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета: вивчення особливостей ендоскопічної картини шлунка у хворих на атрофічний гастрит з різними варіантами морфологічних змін слизової оболонки шлунка (СО Ш).

Матеріали та методи. Обстежено 67 хворих на атрофічний гастрит (14 чоловіків, 53 жінки, середній вік – $51,8 \pm 1,3$ років). Проводили ендоскопічне, морфологічне дослідження, кореляційний аналіз отриманих даних. За результатами гістологічного дослідження хворі були розділені на групи: I (n=31) – атрофія СО Ш, II (n=26) – атрофія СО Ш і кишечна метаплазія (КМ), III (n=10) – дисплазія на фоні атрофічних змін СО Ш.

Результати та обговорення. Вузлуватий та бугристий рельєфи СО Ш, переважно антрального його відділу, суттєво частіше було виявлено у хворих III групи (28,7% та 20,8%, $p < 0,05$), що було обумовлено рядом морфологічних патологічних процесів. Так, вузлуватість була пов'язана з наявністю КМ СО Ш ($r=0,47$, $p=0,003$), гіперплазії поверхневого епітелію ($r=0,41$, $p=0,024$), склеротичних процесів СО Ш ($r=0,52$, $p=0,026$). В свою чергу, бугристий рельєф тіла шлунка був обумовлений наявністю дисплазії ($r=0,43$, $p < 0,001$) і КМ цього відділу ($r=0,39$, $p=0,029$), вираженою атрофією СО тіла шлунка ($r=0,51$, $p=0,024$) та активним запаленням СО Ш ($r=0,62$, $p=0,014$). В усіх групах хворих з несуттєвими розбіжностями за частотою, але з переважанням в III групі, було виявлено так звані поліповидні утворення СО (вогнищеві гіперплазії та ін.), наявність яких була пов'язана з дисплазією СО Ш ($r=0,35$, $p < 0,001$), гіперплазією поверхневого епітелію ($r=0,32$, $p=0,014$). Ксантоми СО Ш були зафіксовані у 5,7% хворих I групи, 14,3% – II та 23,1% – III. Якщо в I групі ксантоми локалізувались тільки в антральному відділі шлунка, то в II і III групах вони були розповсюджені по різних його відділах, тобто збільшення структурних морфологічних змін СО Ш супроводжувалось поширенням ксантоматозу, що підтверджено кореляцією з вираженістю атрофії СО тіла ($r=0,41$, $p < 0,001$), з частотою гіперплазій ($r=0,32$, $p < 0,001$) і поліпів ($r=0,47$, $p < 0,001$), КМ ($r=0,34$, $p < 0,009$) і дисплазії СО Ш ($r=0,33$, $p < 0,001$). Приблизно в кожного третього хворого було зафіксовано ДГР, переважно мінімального і помірного ступенів. Максимальною частота ДГР була в II групі (31,0%), ($p > 0,05$).

Висновки. Посилення морфологічних змін СО Ш (розвиток КМ, дисплазії) поєднувалось зі збільшенням поширеності та інтенсивності ендоскопічних проявів, що дає підстави розглядати поліпи, вогнищеві гіперплазії, ксантоматоз шлунка як маркери змін СО Ш передракової спрямованості.

ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ: ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Скирда І. Ю., Петішко О. П., Стойкевич М. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета: вивчити поширеність і захворюваність неспецифічним виразковим колітом (НВК) та хворобою Крона (ХК) в структурі хвороб органів травлення (ХОТ).

Матеріал та методи. Ситуація по хронічним запальним захворюванням кишечника (ХЗЗК) аналізувалася за звітними даними, що подаються до Центру медичної статистики МОЗ України, за 2-річний період з 2014 по 2015 рр. Для виявлення характеру змін щодо визначення загальної тенденції використовувався темп приросту/зниження. Для його обчислення за вихідну величину були прийняті показники за кожен з попередніх років, а інші розраховувалися в процентному відношенні до неї.

Результати та обговорення. В структурі ХОТ у 2015 р. захворювання кишечника склали 3,7%, з них пацієнти з ХЗЗК – 11077 (4,1%), серед яких 9023 (81,5%) хворі на НВК та 2054 (18,5%) – на ХК. У 2015 р. абсолютне число нових випадків НВК становило 179 (темп приросту 15,1%), ХК – 79 осіб (темп приросту 28,1%). Абсолютне число випадків НВК та ХК серед працездатного населення за один рік, відповідно, збільшилось на 17,5% та 16,2%, в старшій віковій групі – на 17,3% та 20,4%, дітей – зменшилось на 2,0% та 5,3%. Співвідношення захворюваності місто/село в Україні дорівнювало 3:1. При зростанні за один рік загального числа зареєстрованих пацієнтів з НВК серед міського населення на 1,7%, число осіб з уперше встановленим діагнозом збільшилось на 18,6%. У сільській популяції поширеність НВК за цей же період зросла на 16,2%, захворюваність – на 25,9%. Аналогічна динаміка простежується у пацієнтів з ХК, однак серед сільського населення динаміка була більш вираженою – при зростанні поширеності ХК на 17,2%, число уперше встановлених діагнозів зросло на 46,4%. Звертає увагу не однакова поширеність НВК та ХК за різними областями України. Найбільш високі показники НВК у 2015 р. були виявлені у Вінницькій (39,9), Хмельницькій (38,0) та Чернігівській (30,3) областях, в той час як в інших цей показник коливався в межах від 12,4 до 28,7 на 100 тис. всього населення. За високою поширеністю ХК виділялись Київська (9,7), Львівська (8,4) та Івано-Франківська (8,0) області при коливанні в решті областей від 1,6 до 7,1 на 100 тис. всього населення.

Висновки. За 2014-2015 роки зареєстровано зростання показників поширеності і захворюваності ХЗЗК, тоді як число випадків захворювань органів травлення на території України практично не змінилось (темп приросту поширеності та захворюваності ХОТ складав 0,3 та 0,5%, відповідно).

L-АРГІНІН У ПРОФІЛАКТИЦІ АНТРАЦИКЛІН-ІНДУКОВАНОГО НЕКРОЗУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Скрипник І. М., Маслова Г. С., Лиманець Т. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Кардіотоксична дія антрациклінових антибіотиків (КДАА) характеризується розвитком некротичних змін у кардіоміоцитах, що є одним із найсерйозніших побічних ефектів при лікуванні гострих лейкемій (ГЛ). Хворі із супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС) належать до групи високого ризику формування КДАА, що потребує застосування профілактичних засобів.

Мета: оцінити ефективність L-аргініну в профілактиці КДАА у хворих на ГЛ із супутньою ІХС у динаміці індукційних курсів ПХТ.

Матеріали і методи. Обстежено 66 пацієнтів з вперше виявленими ГЛ (гостра лімфоїдна лейкемія – 7 хворих, гостра мієлоїдна лейкемія – 59) із супутньою ІХС, віком 54–72 роки, з них – 34 (51,5%) чоловіки, 32 (48,5%) – жінки, за ECOG I-II. Тривалість ІХС склала від 3 до 15 років. Схеми ПХТ включали АА. Оцінку антрациклін-індукованого некрозу міокарда проводили шляхом визначення тропоніну І в сироватці крові хворих та проведення добового ЕКГ-моніторингу до початку ПХТ та при досягненні кумулятивної дози антрациклінів (КДА) від 100 до 200 мг/м².

В залежності від проведеної профілактики розвитку КДАА хворі були розподілені на дві групи: I (n=36) – хворі на ГЛ, що отримували ПХТ; II (n=30) – хворі на ГЛ, які отримували ПХТ і L-аргінін на фоні курсів індукції ремісії.

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. Кардіальні тропоніни І в усіх пацієнтів обох груп були негативні, а саме <0,5 нг/мл.

На фоні низьких КДА в I групі періоди тахікардії зафіксовані у всіх 36 (100%) хворих із зростанням кількості поодиноких та групових НШЕ у 24 (66,6%), епізодами ШЕ у 19 (52%), збільшенням кількості клінічно значущої депресії сегмента ST – у 29 (80,5%) і подовженням інтервалу Q-T – у 14 (38,8%) пацієнтів. Біохімічний маркер некрозу міокарда тропонін І був позитивний у 7 (19,4%) хворих I групи і становив >0,5 нг/мл. У 20 (66,6%) хворих II групи за умов проведення профілактики на фоні тахікардії виявлені епізоди поодинокі НШЕ і лише у 1 (3,3%) хворого був зафіксований позитивний результат тесту на тропонін І у сироватці крові.

Отже, призначення L-аргініну у хворих на ГЛ із супутньою ІХС на фоні курсів індукції ремісії приводить до зменшення ризику розвитку некротичного ураження кардіоміоцитів.

НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Скрипник І. М., Маслова Г. С., Щербак О. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) належить до доведених факторів ризику формування атерогенної дисліпідемії і, відповідно, ішемічної хвороби серця (ІХС). Враховуючи світову тенденцію до прогресування проблеми надмірної ваги, ожиріння у осіб молодого і середнього віку, потребують оцінки характер перебігу ІХС з урахуванням впливу НАСГ на частоту раннього розвитку інфаркту міокарда (ІМ).

Мета – вивчити частоту і термін розвитку ІМ у хворих на ІХС у поєднанні з НАСГ з урахуванням вікового аспекту та фактору ожиріння.

Матеріали і методи. Обстежено 58 хворих з ІХС, із них жінок 13 (22,4%), чоловіків 45 (77,6%). За даними амбулаторних карт тривалість ІХС склала 2-20 років. У структурі ІХС відмічалось: стенокардія напруги стабільна функціональний клас (ФК) II – у 58 (100%), кардіосклероз післяінфарктний – у 23 (39,7%). У 26 (44,8%) пацієнтів за даними амбулаторних карт був наявний НАСГ. Тривалість НАСГ становила 3-10 років. Пацієнти були розподілені на 2 групи: I (n=26) – хворі на ІХС із супутнім НАСГ, II (n=32) – хворі на ІХС без супутнього НАСГ. Оцінювали анамнестично частоту і термін розвитку ІМ з урахуванням віку пацієнтів; клінічно вимірювали зріст, вагу, підраховували індекс маси тіла (ІМТ), співвідношення ОТ/ОС, аналізували наявність і тип ожиріння.

Результати та їх обговорення. В I групі мали місце пацієнти молодого і середнього віку: 8 (30,8%) і 18 (69,2%) хворих відповідно, середній вік у групі склав $(53,6 \pm 5,9)$ років. У II групі мали місце пацієнти середнього і похилого віку: 15 (46,9%) і 17 (53,1%) хворих відповідно; середній вік у групі склав $(61,3 \pm 5,9)$ років. У I групі ІМТ більше $29 \text{ м}^2/\text{кг}$ відмічено у 16 (61,5%) пацієнтів, а у II групі – у 11 (34,4%) хворих. За співвідношенням ОТ/ОС вісцеральний тип ожиріння в I групі відмічався у 20 (76,9%) пацієнтів, а в II групі – у 15 (46,9%) пацієнтів.

У I групі наявність ІМ в анамнезі відмічалось у 14 (53,8%) хворих, із них у 10 (38,5%) пацієнтів ІМ розвинувся в перші 5 років перебігу ІХС. В II групі наявність ІМ зафіксовано у 9 (28,1%) хворих, із них за короткий термін перебігу ІХС до 5 років ІМ виник тільки у 4 (12,5%) осіб.

Таким чином, серед хворих на ІХС у поєднанні з НАСГ переважали пацієнти із ожирінням вісцерального типу, що можна вважати спільним фактором ризику формування даної синтропії. Наявність супутнього НАСГ призводить до більш агресивного перебігу ІХС з раннім розвитком гострих кардіоваскулярних подій у хворих молодого і середнього віку із їх інвалідизацією.

ХАРАКТЕР ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО І ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Снігурська І. О., Божко В. В., Милославський Д. К., Дунаєвська М. М.

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

м. Харків

Мета роботи – вивчити характер і вираженість різних дисліпідемій (ДЛП) і початкових порушень вуглеводного обміну (ППВО) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали та методи. Обстежено 84 хворих на ГХ II стадії, 2-3 ступенів. Хворі були розділені на 2 групи: група I – хворі з наявністю АО (n=67) і група II – хворі без АО (n=34). Визначалися антропометричні дані, ліпідний спектр крові, рівні глікемії натще і після проведення перорального глюкозотолерантного тесту (ПГТТ), інсуліну (з визначенням індексу НОМА). За АО приймали показники об'ємів талії: для чоловіків > 102 см, для жінок – > 88 см. ДЛП вважали рівні ліпідів крові: загальної холестерину (ЗХ) > 4,9 ммоль/л і/або холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХЛПНЩ) > 3,0 ммоль/л і/або холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХЛПВЩ) для чоловіків < 1,0 ммоль/л (для жінок < 1,2 ммоль/л) і/або тригліцеридів (ТГ) > 1,7 ммоль/л. Про ППВО говорили при рівнях глюкози натще 5,6-6,9 ммоль/л і/або при рівнях глюкози в межах 7,8-11,0 ммоль/л через 2 год. після проведення ПГТТ і/або при показниках індексу НОМА більш 3.

Результати. У хворих I групи (в порівнянні з хворими II групи) були достовірно ($p < 0,05$) більш високі плазмові показники ЗХ; ХЛПНЩ та ТГ і нижчий ($p < 0,05$) рівень ХЛПВЩ; достовірно ($p < 0,05$) більші показники глікемії після проведення ПГТТ, рівні інсуліну і індексу НОМА. У хворих на ГХ з АО підвищені показники ЗХ реєструвалися у 75% хворих (в групі без АО – у 66% хворих); ТГ – у 51% пацієнтів (в групі без АО – в 25% випадків), $p < 0,05$; ХЛПНЩ – у 71% (в групі без АО – у 59% хворих) і знижені показники ХЛПВЩ – у 24% хворих (в групі без АО – у 18% пацієнтів), $p < 0,05$. При цьому, в основній групі 3-компонентна ДЛП була у 42% хворих (в групі порівняння – у 20% хворих), $p < 0,05$; 4-компонентної ДЛП – у 7% хворих (в групі порівняння не зустрічалася). В основній групі відсоток гіперглікемії натще складав 49%, в групі порівняння 11%, $p < 0,05$, рівні інсуліну – $(14,9 \pm 0,6)$ мкМОд/мл проти $(9,9 \pm 0,9)$ мкМОд/мл, відповідно, $p < 0,05$.

Висновки. У хворих з АГ і АО (в порівнянні з такими без АО) виявлені достовірно більш високі рівні ЗХ, ТГ, ХЛПНЩ і достовірно більш низькі рівні ХЛПВЩ, вірогідно вищі відсотки комбінованої ДЛП (3-компонентної і 4-компонентної), глікемії натще і гіперінсулінемії.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ТЯЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ
ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ, РІВНЯМИ
С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ, АНГІОПОЕТИНУ-2 У ХВОРИХ
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ**

Снігурська І. О., Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю., Божко В. В.,

Конькова В. С., Грідасова Л. М.

*ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,
м. Харків*

Мета: вивчити показники вуглеводного, ліпідного та пуринового обмінів, рівні високочутливого С-реактивного протеїну (вчСРП), ангіопоетину-2 (Анг-2) в крові у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО) з різними ступенями підвищення артеріального тиску (АТ).

Матеріали і методи. Обстежено 91 хворого на АГ 2-3 ступеня (71 чоловіків і 20 жінок) віком від 36 до 69 років. АО виявлено у 70 хворих на АГ. Визначали показники вуглеводного, ліпідного обміну, рівні сечової кислоти (СК) крові. Вміст Анг-2, інсуліну та високочутливого вчСРП в крові визначали імуноферментним методом.

Результати дослідження. Встановлено, що у хворих на АГ 3 ступеня були достовірно вищими рівні глікемії натще (4,76 (3,88; 6,24), ммоль/л, $p < 0,05$) та рівні СК крові (365 (310; 420) мкмоль/л, $p < 0,05$), у порівнянні з показниками хворих на АГ 2 ступеня (4,16 (3,50; 4,80) ммоль/л та (320 (250; 385) мкмоль/л, відповідно). Інші показники, вуглеводного та ліпідного обміну в цих групах хворих достовірно не відрізнялись. Виявлено статистично достовірне підвищення рівнів вчСРП в крові у хворих на АГ 3 ступеня з АО (3,52(1,8; 6,88) мг/л, $p < 0,05$) в порівнянні з 2 ступенем АГ з АО (1,84(1,43; 3,69) мг/л). Хоча ця закономірність була виявлена і у хворих на АГ без АО. Також встановлено статистично достовірне підвищення рівнів Анг-2 в крові у хворих на АГ 3 ступеня, в порівнянні з 2 ступенем захворювання. Ця закономірність була виявлена як у хворих на АГ з АО (АГ 3 ст. – 2398,25 (2160,15; 2741,80) пг/мл, АГ 2 ст. – (1801,10 (1680,85; 1968,65) пг/мл, $p < 0,001$) так і без нього (АГ 3 ст. – (1875,00 (1730,75; 1907,40) пг/мл), АГ 2 ст. (1711,35 (1489,48; 1765,59) пг/мл, $p < 0,001$). Встановлено, що серед хворих на АГ з АО рівень Анг-2 в крові найбільш виражено корелював з рівнем ДАТ ($r = +0,63$; $p < 0,001$) та САТ ($r = +0,42$; $p < 0,001$), а також з рівнем глюкози крові натще ($r = +0,36$; $p < 0,001$).

Висновки. Хворі на АГ 3-го ступеня, на відміну від хворих на АГ 2-го ступеня, мали більш суттєві метаболічні порушення: достовірно більш вищі показники глікемії натще та СК крові. У хворих на АГ з 3-м ступенем підвищення АТ з АО виявлені достовірно вищі рівні маркеру запалення (вчСРП) в порівнянні з показниками хворих на АГ 2 ступеня з АО. Виявлено виражене підвищення рівнів Анг-2 в крові у хворих на АГ з АО під час більш важкого перебігу АГ – при 3 ступені захворювання, ніж при менш важкому – АГ 2 ступеня. Ці дані можуть свідчити про важливу роль Анг-2 в прогресуванні АГ, метаболічних порушень, в т.ч. і у хворих з ожирінням.

ДИНАМІКА РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ Е У ХВОРИХ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУ АЛЕРГІЮ

Сорокопуд О. О., Радченко О. М., Мазур М. В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Безрецептурний відпуск лікарських засобів, що сьогодні в Україні переважає, провокує виникнення медикаментозної алергії. За даними фармаконагляду, побічні реакції на ліки алергічного генезу в Україні складають 57,2 % усіх побічних дій лікарських засобів, ураження шкіри серед них спостерігаються у 37,2 %. За частотою виникнення шкірних проявів медикаментозної алергії (ШПМА) переважають еритематозні, уртикарні та папульозні висипання, як реакція гіперчутливості I типу, клінічні прояви якої переважно пов'язані із виділенням мастоцитами і базофілами медіаторів, таких як гістамін, лейкотрієни, активатори кінінів. Основу лікування медикаментозної алергії становлять антигістамінні засоби.

З метою виявлення впливу антигістамінних препаратів на показники загального імуноглобуліну Е в комплексному лікуванні ШПМА, ми порівняли застосування хіфенадіну (група А) та левоцетиризину дигідрохлориду (група В). Обстежено 60 хворих віком $47,3 \pm 2,3$ років, 14 чоловіків та 46 жінок. За віком і статтю групи були практично однаковими, так вік хворих групи А становив $45,4 \pm 3,4$ р., у групі В – $49,2 \pm 3,2$ р., в кожній групі було по 7 чоловіків і 23 жінки. Термін госпіталізації від моменту виникнення проявів медикаментозної алергії теж майже не відрізнявся у групах: група А – $3,8 \pm 0,6$ дн., група В – $4,1 \pm 0,8$ дн. Найчастішими проявами медикаментозної алергії в нашому дослідженні були шкірні висипання у $96,7 \pm 2,3$ % хворих (переважно еритематозні, уртикарні та папульозні) та/або набряк Квінке – $61,7 \pm 6,3$ %. Рідше спостерігались системні прояви у вигляді артралгій ($5 \pm 2,8$ %), гарячки ($8,3 \pm 2,8$ %), бронхоспазму ($6,7 \pm 3,2$ %).

На час госпіталізації серед обстежених пацієнтів низького рівня Ig Е (менше 25 МО/мл), в нашому спостереженні не було. Ig Е в межах 25-100 МО/мл виявляли у $35 \pm 6,2$ % хворих (група А - $30,0 \pm 8,5$ % і група В - $40,0 \pm 9,1$ %), тоді як вміст Ig Е 101 МО/мл і вище був у $65 \pm 6,2$ % пацієнтів (група А - $70,0 \pm 8,5$ % і група В - $60,0 \pm 9,1$ %). Після проведеного лікування за умови застосування хіфенадіну більш суттєво зменшувався рівень загального Ig Е – на 112,5 МО/мл у групі А (з $328,5 \pm 67,9$ до $216,5 \pm 48,2$ МО/мл), порівняно із 89 МО/мл у групі В (з $253,0 \pm 55,4$ до $164,4 \pm 35,1$ МО/мл) та частота нормальних значень імуноглобуліну Е < 25 МО/мл становила 1/3 хворих групи А після лікування, порівняно із 1/5 пацієнтів із групи В.

ВЛИЯНИЕ ИНТОКСИКАЦИИ СОЛЯМИ КОБАЛЬТА И РТУТИ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕРДЦЕ И ЛЕГКИХ

Стародуб Н. Ф., * Самохина Л. М.

*Национальный университет биоресурсов и природопользования Украины,
г. Киев, Украина,*

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

Цель работы – исследовать активность энзимов тканевой вазоконстрикции и деструкции в тканях сердца и легких крыс при оксидативном стрессе, вызванном введением солей тяжелых металлов.

В последнее время многие исследования сосредоточены на потенциальных механизмах загрязнения воздуха в индукции заболеваний сердца и легких. Загрязнение воздуха может вызывать оксидативный стресс в митохондриях, апоптоз или некроз макрофагов и дыхательных эпителиальных клеток, что приводит к снижению иммунной защиты от инфекций и повышению реактивности дыхательных путей.

В работе использовали крыс-самцов линии Wistar 3-месячного возраста. Объектом исследования были гомогенаты тканей легких и сердца после осаждения ядер. Животные были разделены на группы, которым вводили однократно внутрибрюшинно: 1 – хлорид кобальта ($\text{CoCl}_2 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$) в 0,9% растворе NaCl из расчета 3 мг на 100 г массы тела; 2 – хлорид ртути в 0,9% растворе NaCl в расчете 0,7 мг на 100 г массы тела; декапитировали через 2 ч после введения; 3 – физиологический раствор (контроль). В сыворотке крови, безядерных фракциях гомогенатов тканей органов подопытных животных определяли активность химазы, тонины, эластазы высокочувствительным (10-9-10-10 г) энзиматическим методом.

При введении хлорида кобальта в сердце и легких увеличивалась активность эластазы, что могло способствовать развитию деструктивных изменений и вазоконстрикции (за счет возможного участия эластазы-2). Органоспецифические различия проявлялись в более существенном повышении эластазы в легких, тонины – в сердце, что в обоих случаях могло способствовать развитию вазоконстрикции. При введении хлорида ртути отмечено увеличение активности химазы, тонины, и эластазы, при этом активность тонины больше увеличивалась в сердце, эластазы – в сердце в 3 раза, в легких – в 2 раза. Более существенные изменения отмечены в результате действия ионов ртути, что может быть обусловлено высоким их сродством к сульфгидрильным группам протеинов.

Таким образом, воздействие хлорида кобальта и ртути приводит к активации энзимов деструктивного и вазоконстрикторного действия в тканях, при этом проявление наиболее значимых эффектов касается активности эластазы, которая обладает обоими указанными свойствами.

ЕКСПРЕСНА ДІАГНОСТИКА АЛЕРГІЧНИХ СТАНІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІМУННОГО БІОСЕНСОРА НА ОСНОВІ ПОВЕРХНЕВОГО ПЛАЗМОННОГО РЕЗОНАНСУ

¹Стародуб М. Ф., ¹Чуб О. Д., ²Самохина Л. М., ³Шуляк Л. М.

¹Національний університет біоресурсів і природокористування України, м. Київ, ²ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», ³Центр лабораторної медицини "Альфа лабсервіс", м. Харків

На даний час стоїть проблема ефективного запобігання виникненню, своєчасної діагностики конкретних причин появи та швидкого усунення алергічних станів. Алерготести, які здійснюються на практиці, базуються на аналізах: а) *in vivo*, тобто з активною участю людини (на шкірі, слизовій носа, очей, під'язикові проби); б) *in vitro*, тобто з сироваткою крові пацієнта в лабораторії, без контакту з людиною. Останні мають переваги оскільки є безпечними та здатні до виявлення алергій практично до необмеженої кількості алергенів, а їх результати мають кількісний та напівкількісний характер, що дозволяє оцінити ступінь сенсibilізації організму до даного алергену. Загальноприйнятим способом є імуноферментний аналіз (ІФА) та імунофлуоресцентні методи, що здійснюється на апараті ImmunoCAP шведської фірми «Phadia» та на аналізаторі CLA-1TM Hitachi (Японія). Нажаль, перераховані методи є досить складними, потребують стаціонарних лабораторних умов і кваліфікованих фахівців. Здійснення ІФА і флуоресцентних методів вимагає 6-8 год. і більше та ще й наявності, окрім самих алергенів, додаткових мічених Ig.

Наша мета – забезпечити, використовуючи принципи біосенсорики, здійснення безпосередньої реєстрації біоспецифічних взаємодій окремих алергенів зі специфічними антитілами, які з'являються у хворих, що і буде основою для біохімічної діагностики конкретних алергічних станів.

У процесі досліджень використано ефект поверхневого плазмонного резонансу від біметалічних мікрошарів (хрома та золота) з іммобілізацією на них алергенних структур. В ході раніше виконаних експериментів встановлено оптимальні варіанти попередньої підготовки трансдюцерних поверхонь та проб крові, а також відпрацьовано базовий варіант здійснення аналізу. В результаті проведеного тестування напрацьовані основні критерії специфічності аналізу, який за умови попередньої підготовки поверхні датчика здійснюється на протязі 5-10 хв в залежності від ступеня розвитку алергічного процесу. Показано, що датчики після аналізу можуть бути відновлені спеціальною промивкою та повторно використані ~10 разів. Чутливість аналізу – ~0,1-0,5 нг/мл відносно концентрації специфічного Ig. Аналіз може бути здійснено безпосередньо у ліжка хворого оскільки пристрій є портативним.

Таким чином, діагностика алергічних станів може бути здійснена з використанням біосенсорів на основі реєстрації взаємодій алергенів зі специфічними антитілами, які з'являються у хворих.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АДИПОЦИТОКИНОВОЙ
ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ**

Стародубцева Д. В., Бабаджан В. Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Определение роли адипоцитокинов в развитии атерогенного поражения сосудистой стенки.

Материалы и методы исследования. 60 больных с диагнозом стабильная стенокардия, которые были поделены на 2 группы: 1-я в качестве коморбидной патологии имели ожирение (n=34) и 2-я – без ожирения (n=24). Контрольная группа – 10 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. В первой группе больных уровень висфатина достигал $29,6 \pm 2,0$ нг/мл, у пациентов второй группы – $27,6 \pm 1,7$ нг/мл и у практически здоровых лиц – $19,3 \pm 1,3$ нг/мл ($p < 0,05$).

Уровень адипонектина в 1-й группе составляло $5,17 \pm 0,22$ нг/мл, у пациентов 2-й группы $6,02 \pm 0,21$ нг/мл. В контрольной $12,45 \pm 0,15$ нг/мл ($p < 0,05$).

Выводы. Прогрессирующее развитие атеросклероза наблюдается у больных с повышенным уровнем висфатина. При этом содержание адипонектина при атеросклерозе снижено. Возможность определения уровней адипоцитокинов в крови позволяет использовать их в качестве прогностических критериев развития атеросклероза артерий.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАМЕТРИ НИРОК В ДИНАМІЦІ АНТИДІАБЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Старченко Т. Г., Юшко К. О., Конькова В. С., Милославський Д. К.

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

м. Харків

Мета. Вивчити вплив комбінованої антигіпертензивної та антидіабетичної терапії на показники вуглеводного, ліпідного обміну та швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. В динаміці 3-місячної терапії було обстежено 40 хворих на ГХ з ЦД 2 типу, які отримували антигіпертензивну терапію комбінованим антигіпертензивним препаратом, який включає периндоприл в дозі (4-8) мг з амлодипіном в дозі (5-10) мг 1 раз на добу, та небівололом – 5 мг на добу. Антидіабетичне лікування включало поєднання метформіну в дозі 1000 мг на добу з гліклазидом в дозі (30-60) мг на добу (1 група) чи з дапагліфлазином в дозі 10 мг на добу (2 група). Усі хворі отримували гіполіпідемічну терапію аторвастатином в добовій дозі 20 мг. До та після проведеного лікування вивчали показники вуглеводного, ліпідного обміну та ШКФ (за формулою Kokrofta-Gaulta).

Результати. У цілому вказана терапія у обстежених хворих викликала виражений гіпотензивний ефект. Так, серед всіх хворих на ГХ з ЦД 2 типу цільові рівні АТ були досягнуті в 76% випадків. Зазначена терапія незалежно від комбінації цукорзнижуючої терапії призводила до позитивних змін показників вуглеводного та ліпідного метаболізму. Так, цільові рівні глікозильованого гемоглобіну (< 7,0%) були досягнуті в 1-й групі у 72% випадків, в 2-й – у 86% випадків ($p < 0,05$). Цільові рівні ліпідів були досягнуті у наступної частини хворих першої групи: ЗХС – у 39% випадків, ХСЛПНЩ – у 33%, ТГ – у 28%, ХСЛПВЩ – у 33% випадків. У 2-й групі хворих цільові рівні ліпідів були досягнуті у наступної частини хворих: ЗХС – у 41% випадків ($p > 0,05$), ХСЛПНЩ – у 41% ($p > 0,05$), ТГ – у 36% ($p > 0,05$), ХСЛПВЩ – у 46% випадків, ($p < 0,05$) (у порівнянні з першою групою). До початку лікування серед обстежених хворих показник ШКФ в першій групі дорівнював 86,7 (82,3; 91,4) мл/хв/1,73 м², в другій групі – 87,3 (81,1; 92,3) мл/хв/1,73 м² ($p > 0,05$). Після проведення курсу лікування достовірних змін в показниках ШКФ в обох групах не виявлено. Достовірної різниці між першою і другою групами за показниками ШКФ після лікування також не було ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, застосування комбінації метформіну з дапагліфлазином з на відміну від поєднання метформіну з гліклазидом дозволяє досягти цільових рівнів глікозильованого гемоглобіну та ЛПВЩ у вірогідно більшого відсотка хворих на ГХ з ЦД 2 типу. Незалежно від комбінації антидіабетичних засобів погіршення функціональних характеристик нирок не спостерігалось.

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Степанов Ю. М., Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета: вивчити особливості ліпідного обміну у дітей з стеатозом підшлункової залози (ПЗ).

Матеріал та методи. Під спостереженням перебували 42 дитини віком від 10 до 17 років. Згідно наявності стеатозу пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 група – 23 пацієнта з ожирінням/надмірною вагою та стеатозом ПЗ, 2 групу склали 19 пацієнтів без стеатозу. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини проводили за загальноприйнятою методикою на апараті Toshiba Xario (Японія). Діагностика стеатозу підшлункової залози здійснювалась при попарному порівнянні ехогенності підшлункової залози з ехогенністю нирок та заочеревинного жиру. У сироватці крові визначали вміст загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) з використанням наборів реактивів Cormeu (Польща) за допомогою біохімічного аналізатора Stat Fax 1904 Plus, Awareness Technology (США). Холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) і коефіцієнт атерогенності (КА) розраховували за відповідними формулами.

Результати та обговорення. При аналізі показників ліпідного профілю було виявлено, що діти з стеатозом підшлункової залози характеризувались зростанням КА ($4,42 \pm 1,7$ у представників 1 групи та $2,8 \pm 1,36$ – 2 групі, $p < 0,05$) та зниженням рівня ХС ЛПВЩ ($0,84 \pm 0,48$ ммоль/л у представників 1 групи та $1,3 \pm 0,69$ ммоль/л – у 2 групі, $p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою. Показник КА виявив позитивну кореляцію з наявністю абдомінального ожиріння ($r = 0,5$, $p < 0,05$) та підвищенням ехогенності підшлункової залози ($r = 0,43$, $p < 0,05$); в той час як рівень тригліцеридів виявив позитивну кореляцію з наявністю абдомінального ожиріння ($r = 0,4$, $p < 0,05$) та підвищенням ехогенності печінки ($r = 0,33$, $p < 0,05$). Рівень ЛПНЩ у дітей з стеатозом ПЗ був достовірно вищим за відповідний показник контрольної групи ($3,04 \pm 0,98$ ммоль/л у представників 1 групи порівняно з $2,4 \pm 0,86$ ммоль/л у 2 групі, $p < 0,05$) та корелював з підвищенням ехогенності як підшлункової залози ($r = 0,4$, $p < 0,05$), так і печінки ($r = 0,44$, $p < 0,05$). Рівні ХС, ТАГ, ЛПДНЩ у пацієнтів досліджуваних груп достовірно не відрізнялись.

Висновки. Перебіг стеатозу ПЗ у дітей супроводжується зростанням атерогенних властивостей крові, переважно за рахунок зниження рівня ХС ЛПВЩ та зростання ХС ЛПНЩ.

**ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ**

Степанов Ю. М., Зигало Е. В., Стойкевич М. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета: встановити залежність між наявністю синдрому надлишкового бактеріального росту та порушеннями нутритивного статусу у хворих на хронічні неспецифічні запальні захворювання кишечника (ХНЗЗК).

Матеріали та методи. Обстежено 70 хворих на ХНЗЗК віком від 18 до 60 років, в середньому ($37,38 \pm 1,94$) роки, в тому числі 43 хворий на неспецифічний виразковий коліт (НВК), 27 – на хворобу Крона (ХК). На підставі визначення відсотка жирової маси тіла (%ЖМТ) досліджені хворі були розподілені на 3 групи: I – зі зниженим нутритивним статусом (43 хворих), II – з нормальним нутритивним статусом (13 хворих) та III – з підвищеним нутритивним статусом (14 хворих). Для діагностики СНБР виконувався дихальний водневий тест з глюкозою з використанням газоаналізатора Gastro⁺ Gastrolyzer.

Результати та обговорення. Середній рівень виділення водню в загальній групі склав ($17,8 \pm 2,2$) ppm, що перевищувало нормальний поріг та свідчило про наявність СНБР. При проведенні порівняльного аналізу між нозологіями, цей показник був вірогідно більшим у хворих на НВК ($20,5 \pm 2,5$) ppm в порівнянні з ХК ($11,2 \pm 1,9$) ppm ($p < 0,05$). У хворих на ХНЗЗК спостерігається висока частота (83,8 %) порушень нутритивного статусу, яка проявляється як нутритивною недостатністю (58,8 %), так і надлишковим розвитком жирової маси (25,0 %), при цьому нутритивна недостатність в 1,3 рази зустрічається частіше та більше виражена ($p < 0,05$) при ХК, ніж при НВК, та асоціюється з тяжким перебігом захворювання ($r = -0,39$, $p = 0,012$). За результатами ВДТ у 52,9 % хворих на ХНЗЗК виявлені порушення у складі мікробіоценозу тонкої кишки у вигляді СНБР, які мали вірогідну залежність від нутритивного статусу та переважали у хворих з нутритивною недостатністю (74,4 %). Підвищена концентрація водороду у 2 рази більше від базального рівня в перший час заміру у більшій кількості хворих на ХНЗЗК із зниженим нутритивним статусом свідчила про порушення тонкокишкового мікробного гомеостазу із зсувом у бік надмірного зростання грамнегативних бактерій та анаеробів. Підвищений рівень метаболічної активності анаеробних бактерій з процесами вуглеводної ферментації у хворих на хронічні неспецифічні запальні захворювання кишечника апроксимують бактерії, які метабілізують жовчні солі у нерозчинні сполуки з розвитком діареї.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Степанов Ю. М., Скирда І. Ю., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпро, Україна

Мета: вивчити епідеміологічні особливості неспецифічного виразкового коліту (НВК), хвороби Крона (ХК) та синдрому подразненого кишечника (СПК) серед дитячого населення України протягом 3 років (2013-2015 рр.).

Матеріал та методи. Аналіз проводили за офіційними звітними даними, які подаються до Центру медичної статистики МОЗ України в 25 регіонах. Результати оброблені за допомогою програми STATISTICA 6.0.

Результати та обговорення. Хвороби органів травлення серед дітей та підлітків посідають 2 місце в структурі поширеності та 4 місце в структурі захворюваності за класами хвороб. Статевий розподіл дозволив виявити особливості, які вказують на переважання юнаків серед хворих на НВК, а дівчат – на СПК та взагалі на хвороби органів травлення, в той час як серед дітей, хворих на ХК дівчат та юнаків було порівну. Абсолютна кількість хворих на ХК за останні 3 роки зменшилась на 11 випадків (у 2013 р. – 101, у 2015 р. – 90), НВК – на 4 (у 2013 р. – 352, у 2015 р. – 348), натомість поширеність СПК збільшилася на 14,5% (у 2013 р. – 5571, у 2015 р. – 6381). Щодо вперше виявлених випадків, то протягом цих 3 років захворюваність на СПК майже не змінилася, проте даний показник відносно ХК та НВК зменшився на 25,0% та 8,7%, відповідно. Значно зросла розповсюдженість СПК серед дітей та підлітків в сільській місцевості (темп приросту склав 61 %). У міській місцевості збільшилася на 16,6 % за 3 роки поширеність НВК за показником на 1000 дітей. В структурі вперше виявлених діагнозів також переважало міське дитяче населення, проте при ХК відбувалося зниження цього показника на 25,0 % за абсолютним числом та збільшення при НВК за показником на 1000 дітей з темпом приросту 50,0 %. Кластерний аналіз, проведений стосовно регіональних особливостей хронічних запальних захворювань кишечника дозволив виділити області з найбільшим їх розповсюдженням (Вінницька, Волинська, Рівненська області та м. Київ). Відносно функціональних розладів кишечника спостерігається дещо інша картина – найбільш несприятливими щодо вперше виявлених випадків стали Івано-Франківська, Кіровоградська та Луганська області, найнижчі цифри цього показника встановлені у Волинському, Дніпропетровському та Херсонському регіонах.

Висновки. Враховуючи, що соціально-економічні особливості в Україні мають істотний вплив на прогресування захворювань кишечника у дітей, використання математичних моделей прогнозування поширеності та захворюваності доцільно застосовувати для прийняття організаційних рішень.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Стойкевич М. В., Коненко И. С., Шевцова З. И., Слободенюк М. В.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Цель: изучить соноэластографические (СЭ) параметры печени у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК).

Материал и методы. Обследовано 120 больных ХВЗК (81 пациент с неспецифическим язвенным колитом (НЯК), 39 – с болезнью Крона (БК)). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Больным проводилось трансабдоминальное ультразвуковое исследование конвексным датчиком 3,5-5,5 МГц на сканере Toshiba Xario и Ultima PA методом сдвиговой эластографии (СВЭ).

Результаты. У 84,2 % больных в сравнении с контрольной группой наблюдалось увеличение размеров печени преимущественно за счет правой доли, в том числе у 81,5 % пациентов с НЯК и 89,7 % – с БК. Эхогенность печени была повышенной у 72 (60,0 %) больных, в том числе 47 (58,0 %) при НЯК и 25 (64,1 %) при БК. У 59,2 % больных наблюдались изменения структуры печени. У больных НЯК изменение зернистости паренхимы печени встречалась в 2 раза чаще, чем в группе пациентов БК, однако частота структурных изменений была выше у больных БК в сравнении с НЯК: 61,5 % и 58,0 %, соответственно. Средние показатели жесткости печени у пациентов с НЯК составили $(5,8 \pm 1,2)$ кПа, против $(5,6 \pm 1,3)$ кПа при БК. Несмотря на то, что средние показатели жесткости паренхимы печени и скорости сдвиговой волны достоверно не отличались от группы контроля, тщательный анализ индивидуальных данных больных показал, что изменения, характерные для фиброза II–IV стадии по шкале Metavir наблюдались у 21,7 % больных. При анализе корреляционных связей в группе больных НЯК были выявлены корреляции между размерами правой доли печени и возрастом пациентов ($r=0,44$, $p<0,001$), скоростью прохождения сдвиговой волны при СВЭ печени ($r=0,23$, $p=0,038$), зернистостью паренхимы печени ($r=0,27$, $p=0,015$), а также между размерами левой доли печени и возрастом ($r=0,31$, $p<0,008$). Частота увеличения размера печени была выше у больных с повышенным индексом массы тела, что подтверждается корреляционной связью ($r=0,41$, $p<0,001$). Отклонение в виде дистального затухания УЗ выявлено у 44,5 % больных НЯК и 53,8 % БК.

Вывод. Выявлено увеличение размеров печени у 84,2 % больных ХВЗК, что сопровождалось повышением эхогенности в 60,0 % и структурными изменениями в 59,2 % случаев. Сочетание ДЗУ с повышением жесткости паренхимы печени позволяет предположить наличие метаболических нарушений в виде неалкогольной жировой болезни печени.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО КРИТЕРИЯМ ГЕН-ФАКТОРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Стриж В. А., Речкина Е. А., Горовенко Н. Г., Костромина В. П.,
Дорошенкова А. С., Россоха З. И., Кирьяченко С. П.

*ГО «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии
им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»*

Цель: определение прогностических критериев течения бронхиальной астмы у детей на основе анализа ген-факторных взаимодействий.

Материалы и методы. Обследовано 163 ребенка с бронхиальной астмой (БА) в возрасте 3–17 лет: с тяжелой степенью БА – 38 детей, среднетяжелой – 69, легкой – 56.

Использовали общеклинические, инструментальные, антропометрические, молекулярно-генетические методы исследований. Устанавливали ген-факторное взаимодействие между полиморфизмами генов системы детоксикации ксенобиотиков II фазы *GSTM1*, *ACE*, эндотелиальной дисфункции/сосудистого тонуса *AT2R1* (A1166G) и уровнями интегральных индексов Кетле, Пушкарева, Кердо, функциональных изменений, наличием пассивного курения.

Результаты. Высокий риск тяжелого течения БА у детей установлен при комбинации генотипа DD гена *ACE* с индексами: Кетле > 16,84 или функциональных изменений > 1,82, или Пушкарева > 99,71, а также в случае сочетания делеционного полиморфизма в гене *GSTM1* или генотипа *AT2R1* 1166CC с неконтролируемым течением заболевания. Ценность последней прогностической модели была наименьшей (65,5 %). Гетерозиготный вариант гена *AT2R1* обуславливал среднетяжелое течение.

Выводы. Для прогнозирования тяжести течения БА у детей целесообразно проводить генетическое тестирование и определять полиморфизм генов. Подобное тестирование может выполняться в любом периоде жизни ребенка, особенно при появлении первых симптомов заболевания или при подозрении на него. Эффективность возрастает при условии комплексного анализа результатов генетического тестирования, объективных данных и показателей функциональных изменений, а также с учетом отдельных экзогенных факторов (курение в семье). Сочетанное использование объективных данных и показателей функциональных изменений позволяет устанавливать индивидуальный риск и условия, при которых, в случае наличия неблагоприятного генотипа, реализуется тяжелое течение заболевания.

ВПЛИВ СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ, ЩО ПІДЛЯГАЛИ АОРТО-КОРОНАРНОМУ ШУНТУВАННЮ

Стрільчук Л. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Холецистокардіальний синдром (ХКС) дотепер не набув належного статусу в колі науковців та клініцистів. Хоча асоціація уражень жовчного міхура (ЖМ) та серця показана у багатьох дослідженнях, механізми її зрозумілі нечітко [Demarchi M.S, 2012]. До проявів ХКС відносять задишку за умов запальних уражень ЖМ [Ветшев П.С. и соавт., 2005] та погіршення перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС), у таких хворих описані більш часті та важкі напади стенокардії, які полегшуються після холецистектомії [Giamberardino M.A. et al., 2010].

З метою визначення впливу стану ЖМ на перебіг ІХС у хворих, які підлягали аорто-коронарному шунтуванню (АКШ) **проаналізовано** передопераційні дані 95 хворих (40% з гострим інфарктом міокарда (ГІМ), 60% з нестабільною стенокардією (НС); 21% жінок, 79% чоловіків; середній вік $61,9 \pm 1,8$ р.). Оцінювались анамнестичні дані, підстави для АКШ, ураження клапанного апарату, порушення ритму та провідності, стан систолічної функції, наявність серцевої недостатності, аневризм шлуночка чи штучного водія ритму, супутні артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, цукровий діабет. Цифрові дані опрацьовані за допомогою Statistica 6.0, поріг істотності $p < 0,05$.

Результати та обговорення. ЖМ був інтактним лише у 30,5% хворих. Особливості ІХС у пацієнтів з біліарним сладжем: більше жінок та менше чоловіків, ніж при інтактному ЖМ, однакова частка ГІМ та НС, мінімальна частота АГ, максимальна частота ожиріння, найчастіше серед усіх груп зниження систолічної функції лівого шлуночка (69,2%, усі $p < 0,05$). Серед осіб з перегином ЖМ були тільки чоловіки, супутня АГ у 100%, найвища частота екстрасистолій (30,8%), питома частка НС перевищувала частку ГІМ. Підгрупа з деформаціями шийки ЖМ була найчисленнішою (27,4%), причиною АКШ істотно частіше була НС, найчастіше спостерігався постінфарктний кардіосклероз; більше жінок та менше чоловіків, ніж при інтактному ЖМ та його перегині, у всіх супутня АГ, найвища частота діабету (23,1%), максимальна поширеність екстрасистолій (30,8%). Хворі з холелітіазом були істотно старшими, найвища частка жінок (40,0%), причиною АКШ істотно частіше була НС, в усіх осіб виявлено АГ, мінімальна поширеність ожиріння (40,0%), істотно частіша фібриляція передсердь (50,0%).

Висновок: перебіг ІХС залежав від стану ЖМ, що стосувалось форми ІХС як причини АКШ, статі пацієнтів, супутніх АГ, цукрового діабету та ожиріння, частоти екстрасистолій та систолічної дисфункції.

СТАН КЛІТИННОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ГІПЕРТОНІЧНОЮ ТА ВІБРАЦІЙНОЮ ХВОРОБАМИ

Сухонос Н. К.

Харківський національний медичний університет, Україна

Тривала дія вібрації і вібраційна хвороба (ВХ) включають ряд патогенетичних ланок, потенціюють та прискорюють розвиток гіпертонічної хвороби (ГХ). Відбуваються порушення нейрогормональної регуляції дезадаптаційного та інволютивного характеру, хронічна тканинна гіпоксія, збільшення агрегаційних і реалогічних властивостей еритроцитів і тромбоцитів, зниження адаптивних можливостей мікроциркуляції і транскапілярного обміну. Визначення вмісту біоелементів в еритроцитах дозволяє судити про стан клітинного метаболізму.

Мета: дослідити клітинний стан метаболізму у хворих з гіпертонічною хворобою на тлі вібраційної хвороби.

Матеріали і методи. Клінічною базою для проведення досліджень був НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. У дослідження були включені 107 хворих з діагнозом ВХ від впливу локальної вібрації I та II ступеня, у віці від 41 до 66 року. З них у 60 хворих ВХ з ГХII, а у 47 хворих ізольована ВХ. Кожна група була розділена на підгрупи за ступенем ВХ. Основну групу розділили на хворих VXI з ГХII і другу підгрупу хворих VXII з ГХII. Група порівняння була розділена на підгрупу з ізольованою VXI ст. (21 особа) і з ізольованою VX II ст.

Результати дослідження. У еритроцитах статистично достовірно змінювались показники майже всіх біометалів, крім Cu. Знижувався рівень K (68,5 ммоль/л МЕ[61,3;72,0] проти 86,0 ммоль/л МЕ[82,0;89,0]), Mg (1,71 ммоль/л МЕ[1,50;1,89] проти 2,08 ммоль/л МЕ[1,79;2,35]), Zn (104,7 мкмоль/л МЕ[95,3;120,0] проти 152,3 мкмоль/л МЕ[126,1;163,9]) та Fe (196,4 мкмоль/л МЕ[191,4;199,7] проти 224,6 мкмоль/л МЕ[221,5;226,4]), зростав рівень таких біометалів: Na ммоль/л МЕ(28,1 ммоль/л МЕ[26,2;30,6] проти 14,8 ммоль/л МЕ[12,0;17,1]), Ca (0,96 ммоль/л МЕ[0,89;1,01] проти 0,35 ммоль/л МЕ[0,32;0,38]) та Mg (1,71 ммоль/л МЕ[1,50;1,89] проти 2,08 ммоль/л МЕ[1,79;2,35]). Збільшення внутрішньоклітинного натрію і зменшення калію призводить до набрякового набухання і зниження скорочувальної функції м'язового волокна та судинної стінки. Крім того, зниження калію і накопичення натрію потенційно впливає на кардіоваскулярний ефект катехоламінів.

Висновки: виявлені зміни біоелементного складу в еритроциті у хворих на ВХ свідчать про порушення клітинного метаболізму, імунної системи, поліорганну недостатність, тим самим посилюючи обмінно-трофічні порушення.

ВПЛИВ АПЕЛІНУ-12 НА ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Табаченко О. С., Олефір О. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Цукровий діабет (ЦД) 2 типу та артеріальна гіпертензія (АГ) невідступно крокують один за одним, призводять до надзвичайно швидкого розвитку ускладнень. Поєднання ЦД та АГ збільшує ризик розвитку ішемічної хвороби серця в 24 рази, інсульту – в 2-3 рази, повної втрати зору – в 10-25 разів, гангрен нижніх кінцівок – в 20 разів.

Мета дослідження: Проаналізувати ефекти апеліну-12 та обестатину у хворих з ЦД 2 типу на вуглеводний обмін залежно від тривалості ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: У дослідженні було обстежено 75 пацієнтів з поєднанням АГ та ЦД 2 типу (середній вік $60,03 \pm 1,17$). У якості контрольної групи було залучено 30 практично здорових осіб. Хворі були розподілені згідно ступеня тяжкості АГ. Верифікацію ЦД 2-го типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України.

Результати та їх обговорення: Отримані результати свідчать про позитивний вплив апеліну-12 по відношенню до порушень вуглеводного обміну у вигляді експресії активності даного маркера у відповідь на підвищення рівня глікозильованого гемоглобіну, що може бути обумовлено пригніченням секреції інсуліну шляхом зв'язування рецепторів APJ, результатом є зниження прояв інсулінорезистентності та збільшення чутливості периферичних тканин до дії інсуліну, внаслідок чого відбувається компенсація ЦД 2 типу (при його тривалості менше 5 років згідно рівня глікозильованого гемоглобіну) у хворих з АГ. Зростання тривалості ЦД 2 типу пов'язано з виснаженням позитивних ефектів апеліну-12, що має підтвердження у формуванні слабих за силою зв'язків. Тобто наявність ЦД 2 типу протягом більш 5-річного періоду асоціюється з дисрегуляцією активності апеліну-12, результатом чого є зниження здатностей даного маркера у відношенні нормалізації рівня глікемії при порушеному її гомеостазу у хворих з АГ. Отримані дані узгоджуються з результатами світової медичної літератури.

Висновки: Апелін-12 здатний знижувати глікемію за наявності порушень толерантності до глюкози у скелетних м'язах та клітинах жирової тканини, що свідчить на користь залучення апеліну-12 до контролю концентрації глюкози у крові. Такі ефекти апеліну-12 особливо активно спостерігаються на початкових етапах захворювання на ЦД 2 типу.

ОЦІНКА ПРОГНОСТИЧНОЇ ІНФОРМАТИВНОСТІ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У РОЗВИТКУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ТИПІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Табаченко О. С., Олефір О. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність діагностики ураження серця при артеріальній гіпертензії (АГ) не викликає сумніву, так як відомо, що гіпертонічне серце розглядається як самостійний фактор ризику розвитку станів, що становлять загрозу життю пацієнтів: інфаркт міокарда, аритмії серця, раптова коронарна смерть та інше.

Мета: Оцінити предикторну інформативність апеліну-12 щодо розвитку гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у хворих з АГ та супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи: Побудована модель, що дозволяє прогнозувати розвиток гіпертрофічних типів ремоделювання, а саме концентричну гіпертрофію або ексцентричну гіпертрофію міокарда лівого шлуночка, на підставі рівнів апеліну-12 та обестатину з залученням рутинних лабораторних даних пацієнтів (глікемії, параметрів ліпідограми).

Результати та їх обговорення: У модель включали змінні, що оцінюють стан вуглеводного (рівень глюкози натще, глікозильованого гемоглобіну) і ліпідного (загального холестерину, ліпопротеїдів високої щільності, ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів, коефіцієнту атерогенності) обмінів, а також апелін-12 та обестатин у хворих з АГ та ЦД 2 типу. Після відсівання менш значущих предикторів отримали наступний набір з 4 змінних для пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу: апелін-12, обестатин, загальний холестерин та ліпопротеїди низької щільності. Діагностична ефективність моделі складає 86 %. Отже, серед усіх показників, що вивчалися найбільшу чутливість у прогнозуванні розвитку гіпертрофічних типів ремоделювання мали рівень апеліну-12, обестатину, загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, тому ми можемо стверджувати, що ці показники є маркерами, що володіють предикторністю, щодо ремоделювання лівого шлуночка у хворих з АГ та ЦД 2 типу.

Висновки: проведене дослідження показало можливість використання прогностичної моделі, до якої поряд з високо специфічними новими маркерами, а саме, апелін-12 і обестатин, залучено рутинні параметри загальноклінічного обстеження (показники ліпідного профілю), з метою оцінки типів ремоделювання лівого шлуночка у хворих з АГ та ЦД 2 типу.

ВМІСТ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Кудрявцева В. Є., Вінник Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпро, Україна

Мета: визначити вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

Матеріали і методи. Проведено імунологічне обстеження 120 хворих на ХЗЗК, які знаходилися на лікуванні в відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Із них 81 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 39 хворих на хворобу Крона (ХК). Оцінка стану компонентного складу тіла пацієнтів здійснювалася за допомогою біоімпедансного аналізатору фірми «МЕДАСС» (Москва, Росія). На підставі визначення відсотка жирової маси тіла за даними імпедансметрії досліджені хворі були розподілені на 3 групи: I – зі зниженим нутритивним статусом (69 хворих), II – з нормальним нутритивним статусом (20 хворих) та III – з підвищеним нутритивним статусом (31 хворих).

Матеріалом для дослідження імунологічних показників служила венозна кров, яку забирали з локтевої вени у об'ємі 30 мл вранці надшесердця. Рівень ЦІК визначали за методом V. Haskova (1977) в одиницях оптичної щільності (од.опт.щ.).

Результати та обговорення. У хворих на НВК та ХК встановлено підвищення рівня ЦІК в 1,7 рази та 1,6 рази, ($p < 0,05$) відповідно порівняно з контрольною групою. У I групи хворих рівень ЦІК вірогідно підвищено до $(5,22 \pm 0,31)$ од.опт.щ., ($p < 0,05$) порівняно із контролем $(3,42 \pm 0,23)$ од.опт.щ. У II та III групах хворих на ХЗЗК цей показник вірогідно підвищений до $(6,88 \pm 1,1)$ од.опт.щ. та до $(6,17 \pm 0,31)$ од.опт.щ., відповідно. Достовірної відмінності рівня ЦІК в залежності від нутритивного статусу не виявлено. Високий рівень ЦІК свідчить про те, що макрофагальна система не виконує елімінацію комплексу антиген-антитіло.

Висновки. У результаті проведеної роботи було встановлено, що рівень ЦІК підвищений в 1,7 та в 1,6 рази у хворих на НВК та ХК, і не залежить від їх нутритивного статусу.

DIABETES MELLITUS AND CHROMIUM

Tashchuk V. K., Rusnak I. T., Samoylenko S. V., Kulachek V. T.

Higher state educational establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Diabetes mellitus (DM) leads to high morbidity and mortality throughout the world. The prevalence of diabetes mellitus in the age groups between 20 to 70 years worldwide was estimated to be 8.3% in 2013 and 10.1% in 2035. The total number of adult with diabetes mellitus is projected to rise from 382 million in 2013 to 592 million in 2035.

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is the most common form of diabetes mellitus and individuals are characterized by disorders of insulin action and secretion, either of which may be the predominant feature. Direct associations of trace elements with diabetes mellitus have been observed in many research studies. Insulin action on reducing blood glucose was reported to be potentiated by some trace elements as chromium, vanadium and other.

Trace elements constitute a minute part of the living tissues and have various metabolic characteristics and functions. Trace elements participate in tissue and cellular and subcellular functions; these include immune regulation by humoral and cellular mechanisms, nerve conduction, muscle contractions, membrane potential regulations, and mitochondrial activity and enzyme reactions.

The trace element is a dietary mineral that is needed for the proper growth, development, and physiology of the organism. Alterations in the status of trace elements could stem from chronic uncontrolled hyperglycemia. Trace elements include the transition metal chromium. All of these belong to the category of micronutrients, which are needed by the human body in very small quantities (generally less than 100 mg/day).

Chromium (Cr) is required for normal carbohydrate metabolism and as a critical cofactor for insulin action and is a component of the glucose tolerance factor (GTF), which plays a role in glucose homeostasis. Cr concentrations were significantly reduced in blood of T2DM patients as compared to control subjects of both genders but urinary levels of these elements were found to be higher in the diabetic patients than in the age-matched healthy controls.

There are data suggest the potential beneficial antioxidant effects of the individual and combined supplementation of zinc and chromium in people with T2DM. These results are particularly important in light of the deleterious consequences of oxidative stress in people with diabetes.

Supplemental Cr known improve fasting glucose, postprandial glucose, insulin, hemoglobin A1c, and cholesterol. In a survey of 833 people with T2DM beneficial effects of supplemental Cr observed in a few months are also present after 10 months.

КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ В ПОРІВНЯННІ ЕФЕКТИВНОСТІ КАРДІОПРОТЕКЦІЇ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Ташук В. К., Іванчук П. Р., Ташук М. В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Актуальність. Кількісний електрокардіографічний (ЕКГ) аналіз комплексів PQRSST забезпечує неінвазивне відображення метаболічного середовища міокарда, а альтернативні ЕКГ-підходи, одним з яких є метод відображення ЕКГ у фазовому просторі викликають увагу дослідників.

Мета: визначити можливості застосування методів кількісної оцінки ЕКГ за впровадження власної моделі цифрової обробки результатів з оцінкою ефективності кардіопротекції при гострому Q-інфаркті міокарда (Q-ІМ).

Матеріал і методи. Обстежено 33 пацієнти з діагнозом Q-ІМ з кількісною оцінкою фазової структури ЕКГ в 12 відведеннях з 30 с реєстрацією в спокої, а також після внутрішньовенної (в/в) кардіопротекції (у 23 пацієнтів Корвітин® і ще 10 – Тівортін®) з дослідженням варіабельності серцевого ритму (ВСР) для інтервалів і зубців RR/QT, нахилу і форми інтервалу ST/T, диференціації зубця T за побудови його першої похідної (з використанням власного програмного забезпечення).

Результати дослідження. В зіставленні ($\Delta\%$) приросту показників ВСР стосовно аналізу інтервалів RR у спокої та після медикаментозної кардіопротекції (Корвітин® і Тівортін®) реєструється переважне спрямування до більш вираженої ($p < 0,05$) активації симпатичного відділу нервової системи в умовах терапії Тівортіном і, навпаки, згідно оцінки варіабельності інтервалів QT визначено, що показники тривалості і дисперсії інтервалу QT достовірно ($D\%$, $p < 0,001$) зменшуються за використання Тівортіну. Дослідження фази реполяризації на ЕКГ згідно розподілу «uppsloping/downsloping ST» і «rapidly/slowly» змін сегмента ST на фоні Корвітину і Тівортіну свідчить про зменшення кута ν° спрямування сегмента ST і висоти Н продовження спрямування нахилу сегмента ST, достовірно для обох препаратів, що однак було більш вираженим для Корвітину. Використання Корвітину і Тівортіну в умовах лікування Q-ІМ за вивчення змін показника відношення змін різниці потенціалів на другому коліні першої похідної зубця T до максимальної швидкості на його першому коліні диференційованої ЕКГ слід розглядати, як достовірно позитивні з більш вираженими позитивними змінами цього показника за використання Тівортіну.

Висновки. Запропонований метод контролю з кількісною оцінкою ЕКГ згідно розробленого власного програмного забезпечення та визначення показників ВСР, змін фази реполяризації, в тому числі за побудови першої похідної ЕКГ, дослідження «ST slope» і об'єктивізація кардіопротекції є ефективним методом контролю кардіологічного хворого в тому числі такої складної групи, як пацієнти з Q-ІМ та доводить ефективність для обох препаратів (Корвітин або Тівортін).

ЗМІНИ КАРДІОМАРКЕРІВ, КОРОНАРНОГО ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВІВ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ЗА ГІПЕРУРИКЕМІЇ

Тащук В. К., Мухамед Васек Обейд Аль Салама

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Актуальність. Дослідженнями останніх років оговорюється роль гіперурикемії (ГУ) як незалежного чинника розвитку серцево-судинних захворювань/смерті або маркера патологічних станів.

Мета: визначити механізми взаємодії змін сечової кислоти (СК-ти), кардіомаркерів (С-реактивного білку (СРБ) і мозкового натрійуретичного пропептиду (NT-proBNP)), скоротливості міокарда і толерантності до навантаження у хворих на стабільну стенокардію (СтСт).

Матеріал і методи. Обстежено 120 пацієнтів з діагнозом СтСт залежно розподілу рівнів СК-ти і проявів ГУ без її ознак (34 пацієнти, 28,33% випадків) та з підвищеним рівнем СК-ти (86 осіб, 71,67% випадків). Досліджено рівні СК-ти, NT-proBNP і СРБ, загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) з оцінкою результатів ехокардіографії (ЕхоКГ) в зіставленні змін інтегрального показника скоротливості – загальної фракції викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) та досягнутого порогового навантаження (ПН) при велоергометрії (ВЕМ).

Результати дослідження та їх обговорення. У групі ГУ частіше діагностована СтСт III функціонального класу (ФК) ($87,21 \pm 3,60$ проти $41,18 \pm 8,44\%$ випадків СтСт II ФК, $p < 0,001$), як і ймовірність перенесеного в анамнезі Q-інфаркту міокарда ($56,60 \pm 6,81$ проти $32,84 \pm 8,05\%$ випадків, $p < 0,05$), а при перевищенні рівня СК-ти понад $467,9$ мкмоль/л знижується ФВ ЛШ ($51,17 \pm 1,37$ проти $55,77 \pm 0,73\%$, $p < 0,01$), що реалізовано і за ВЕМ-проби з нижчими показниками ПН ($53,65 \pm 2,89$ Вт в групі ГУ проти $72,74 \pm 5,18$ Вт в групі з нормальним рівнем СК-ти, $p < 0,01$) і супроводжувалось при перевищенні рівня СК-ти понад $467,9$ мкмоль/л переважанням рівнів СРБ ($12,07 \pm 0,97$ проти $5,37 \pm 0,60$ мг/л, $p < 0,001$) і NT-proBNP ($413,44 \pm 63,14$ проти $206,42 \pm 31,43$ пг/мл, $p < 0,01$), збільшенні ЗХС ($5,93 \pm 0,13$ проти $5,19 \pm 0,25$ ммоль/л, $p < 0,01$) при відсутності змін ТГ ($2,27 \pm 0,07$ проти $2,30 \pm 0,18$ ммоль/л, $p > 0,2$). Оцінка щільності зв'язків між двома рядами показників в кількісній шкалі з визначенням коефіцієнта кореляції Пірсона свідчить, що СК-та демонструє прямий помірний зв'язок з NT-proBNP (r -Pearson $0,363$, $p < 0,01$), прямий помірний – з СРБ (r -Pearson $0,454$, $p < 0,01$), зворотній помірний – з ФВ ЛШ (r -Pearson $-0,351$, $p < 0,01$).

Висновки. Гіперурикемія спричиняє обмеження коронарного резерву зі збільшенням ФК стенокардії і редукацією показників ПН, зниження ФВЛШ, підвищення рівнів СРБ, NT-proBNP та загального холестерину.

АЛОПУРИНОЛ ТА КВЕРЦИТИН В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ЗА ГІПЕРУРИКЕМІЇ

Ташук В. К., Мухамед Васек Обейд Аль Салама

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Актуальність. У сучасній кардіології активно дискутується питання взаємозв'язку сечової кислоти та розвитку серцево-судинної патології при асимптомній гіперурикемії (ГУ) за можливості впливу алопуринолу на кардіальну патологію та кверцетину з його метаболічною дією.

Мета: визначити ефективність включення до комплексної терапії стабільної стенокардії алопуринолу/кверцетину та особливості змін функціонального стану міокарда, його коронарного резерву та біомаркерів.

Матеріал і методи. Обстежено 120 пацієнтів з діагнозом стабільної стенокардії в розподілі на три групи: група комплексної стандартної терапії (70 осіб (58,33 %)), з включенням залежно ГУ до стандартної терапії алопуринолу (23 особи (19,17 %)) та додаванням до стандартної терапії кверцетину (27 осіб (22,50 %)). Об'єктивізовано рівень біомаркерів – С-реактивного білку (СРБ) і мозкового натрійуретичного пропептиду (NT-proBNP), функціональний стан міокарда з оцінкою змін коронарного резерву згідно порогового навантаження (ПН) при велоергометрії (ВЕМ), рівні СК-ти, креатиніну в динаміці лікування і тривалого спостереження (6 міс.).

Результати дослідження та їх обговорення. Вірогідне зниження рівня СК-ти та креатиніну відбувається в групах алопуринолу та кверцетину ($p < 0,001$ в усіх випадках). За додавання алопуринолу зниження СК-ти, але не креатиніну, відбувається інтенсивніше (Д% $-57,09 \pm 19,75$ проти $-14,56 \pm 7,86\%$ ($p < 0,05$) для СК-ти, Д% $-30,98 \pm 13,28$ проти $14,07 \pm 7,71\%$ ($p > 0,1$) для креатиніну). В умовах лікування визначено збільшення коронарного резерву під час виконання парної ВЕМ-проби в усіх групах комплексної терапії – однак найінтенсивніше цей процес відбувався за додавання алопуринолу (за приростом Д% ПН в зіставленні груп алопуринолу проти кверцетину (Д% $+97,15 \pm 3,47$ проти $+41,21 \pm 9,47\%$, $p < 0,001$)). Додаткова терапія сприяє вірогідному зниженню вмісту NT-proBNP ($p < 0,001$ у групі алопуринолу, $p < 0,05$ у групі кверцетину), найбільшою щодо зниження даного біомаркеру виявлена ефективність алопуринолу (Д% $-12,54 \pm 4,49$ проти $-62,79 \pm 21,08\%$ ($p < 0,05$)). Вірогідне зниження концентрації СРБ досягнуто за додаткового призначення до комплексної терапії алопуринолу ($-62,41 \pm 16,99\%$, $p < 0,001$), недостовірне для зіставлення з кверцетином (Д% $-62,41 \pm 16,99$ проти $-31,61 \pm 12,41\%$, $p > 0,1$).

Висновки. Додавання до терапії стабільної стенокардії алопуринолу або кверцетину сприяє збільшенню коронарного резерву, покращує ниркову функцію зі зниженням рівня креатиніну, сприяє зниженню вихідного вмісту NT-proBNP з переважаючим ефектом алопуринолу.

ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Ташук В. К., Руснак І. Т., Самойленко С. В.

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,
Україна*

Тенденції поширеності серцево-судинних захворювань свідчать про насторожуючі темпи зростання. Ефективні заходи попередження, раннього виявлення порушень та зміцнення здоров'я допоможуть стримати поширення захворювань.

Нашою метою було взнати й оцінити піклування пацієнтів про своє здоров'я, усвідомлення необхідності його покращення.

Проведене опитування (пацієнти заповнювали анкети) 72 хворих, які лікувались у відділенні хронічної ішемічної хвороби серця Обласного клінічного кардіологічного диспансеру м. Чернівці та кардіологічному відділенні Чернівецького обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни. Середній вік пацієнтів $64,6 \pm 0,54$ роки, у однаковому співвідношенні кількості відповідно гендерного розподілу.

Лікуються у стаціонарі лікарні до 4 разів на рік (в середньому 2,37), а звертаються до лікаря поліклініки до 10-15 разів на рік (4,58) і хворіють впродовж року (в т.ч. застудою) до 9-15 разів на рік (2,93).

Про методи профілактики захворювань та збереження здоров'я опитані пацієнти дізнаються від батьків – 4,17% осіб, знайомих – 47,22%, від лікарів 80,56%, з газет 45,83%, журналів 31,94%, телебачення – 38,89%, інтернету 16,67%, з реклами 36,11%.

Періодично приймають лікарські препарати 52% пацієнтів, щоденно 33% осіб, 15% не приймають. Препарати проти підвищеного тиску приймають періодично 47% опитаних пацієнтів, щоденно – 22%, 31% осіб не приймають.

Щодо фізичної активності займаються фізичними вправами періодично 51% осіб, 12% щоденно та 37% не роблять фізичні вправи.

Вважають, що піклуються про своє здоров'я 39% пацієнтів, треба краще – 47%, не піклуються 14%.

Усвідомлення необхідності та підвищення мотивації пацієнтів до ведення здорового способу життя допоможе попередити виникнення захворювань та знизити їх частоту.

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСФАГИИ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Тесленко О. А., Григорова И. А., Тесленко Н. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Боль является спутником многих состояний, в том числе неврологических. Необходимо отметить, что различные воспалительные процессы, вызывающие выраженные болевые ощущения в области лицевой и жевательной мускулатуры, также вызывают затруднение глотания и пережевывания пищи.

Нами было обследовано 7 больных с герпетическим поражением тройничного нерва с выраженным болевым синдромом и дисфагией. На фоне проводимой этиотропной противовирусной терапии валацикловиром (по традиционной схеме), противоотечных и десенсибилизирующих препаратов, в курс терапии были включен нестероидный противовоспалительный препарат в виде ородиспергируемой формы - Мовиксикам ОДТ, Эта форма препарата удобна для приема пациентами, которые не могут использовать другие формы в связи с нарушением функция глотания или наличием выраженного болевого синдрома при краниальных невралгиях или лицевых повреждениях. Препарат назначали при выраженном болевом синдроме по 1 таблетке (7,5 мг) дважды в день в течение 3-10 дней, при умеренном - по 1 таблетке в день от 3 до 10 дней.

Заболевание у пациентов манифестировало болевым синдромом. Боль носила интенсивный постоянный или приступообразный характер. Чаще всего ее описывали как жгучая, стреляющая, колющая или пульсирующая, усиливающаяся ночью и при воздействии различных раздражителей. На этом фоне больные предъявляли жалобы на болезненный акт глотания и жевания, что заставляло их отказываться от приема оральных препаратов. Любые движения челюстью или сильное открывание рта, что требуется для запивания традиционных таблеток вызывало у больных интенсивное болевое ощущение, что препятствовало их применению. Выраженность боли как сильную (от 5 до 7 баллов) по Визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) оценивали 86% обследованных пациентов; как слабую (от 2 до 4 баллов) – 14% пациентов. На фоне проводимой терапии все больные отметили положительную динамику болевого синдрома. Так 15% пациентов отмечали его трансформацию в слабую боль (2-3 балла), а 85% пациентов указывали на практически полное ее исчезновение, что позволило им значительно уменьшить болевые ощущения, связанные с работой жевательной мускулатурой и раздражением слизистой полости рта. Это приводило к нормализации последующего приема этиологически обоснованных групп препаратов.

ВЛИЯНИЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тесленко О. А., Тесленко Н. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Более чем у 60% пациентов, перенёсших закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ) легкой и средней степени тяжести, возникают различные варианты патологии нервной системы, а также различные варианты патологии сердечно-сосудистой системы. Течение отдалённого периода ЗЧМТ, зависит от индивидуальных особенностей организма, провоцирующих факторов, сопутствующих болезней и др. Поэтому, он представляет собой, либо этап клинического выздоровления, либо максимального восстановления нарушенных функций, или как период возникновения «запущенных после травм» патологических процессов.

Нами было обследовано 25 пациентов (от 22 до 42 лет), которые находились на диспансерном наблюдении по поводу ЗЧМТ лёгкой и средней тяжести в отдаленном периоде. У 16 больных было диагностировано - сотрясение головного мозга, у 9 человек - ушиб головного мозга. Все больные не имели соматической патологии до получения травмы. В неврологическом статусе у обследованных диагностировали синдромы: астенический (90 % пациентов), ликворно-гипертензивный (83%), вегетативных нарушений (82%), цефалгический (38%), мозжечково-вестибулярные нарушения 30%. Всем больным было проведено лечение согласно Наказу №191 от 05.05.2003. Несмотря на это у 10 больных возникло соматическое осложнение в виде артериальной гипертензии (АГ) причем, у 6 больных –АГ I степени, у 4 - АГ II степени. I степень АГ характеризуется давлением –140-159/90-99 мм рт. ст. II степень АГ характеризуется давлением –160-179/90-94 мм рт.ст. Больные соматических жалоб не предъявляли, и АГ была обнаружена только при диспансерном осмотре, то есть протекала бессимптомно. АГ в среднем развивалась через 7,5 месяцев после получения ЗЧМТ. Однако АГ возникшая на фоне ЧМТ может приводить к формированию более грубой соматической патологии сердечно-сосудистой системы, что будет усугублять клиническое течение отдалённых последствий ЗЧМТ. Препаратами выбора для лечения АГ I степени были препараты группы эналаприла в виде монотерапии; АГ II степени слабо поддавалась коррекции монопрепаратами, но давала хороший терапевтический ответ на применение двухкомпонентных препаратов (Би-престариум, Триплексам).

Однако, на фоне терапии АГ, таким больным перенесшим ЗЧМТ необходимо проводить дополнительную коррекцию вегетативных и астенических нарушений, которые играют весомую роль формировании артериальной гипертензии. Для этого мы рекомендуем такие препараты как Олатропил, Энтроп.

АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И БИОИМПЕДАНСНОГО СОСТАВА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко О. В.

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

Цель работы изучить взаимосвязь антропометрических показателей с показателями процентного состава тела у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) с ожирением.

Материал и методы. Было обследовано 30 мужчин с ожирением (ИМТ >30 кг/м²) ИБС и компенсированным СД. Антропометрические показатели определяли в утренние часы натощак. Измерялись объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитывались показатели ОТ/ОБ, ОТ/рост. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от наличия СД (75 больных (50%) ИБС без СД и 75 больных с СД). Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $57,62 \pm 6,73$). Методом биоимпеданса на мониторе состава тела (модель OMRON BF 511, Япония) измеряли процентное содержание жировой массы тела (ЖМТ, %), процентное содержание мышечной массы тела (ММТ, %) и уровень висцерального жира (ВЖ, ед.), и основной обмен (ОО) в покое (Ккал/сутки). Статистический анализ проводили с использованием программы статистической обработки данных Statistika 7,0 (StatSoft Inc, США), Microsoft Office Excel 2003.

Результаты и обсуждение. В группе без СД показатели ОТ ($98,15 \pm 10,92$ см), ОБ ($102,35 \pm 7,22$, см), ОТ/ОБ ($0,95 \pm 0,06$), ОТ/рост ($0,56 \pm 0,05$). В группе с СД показатели ОТ ($107,15 \pm 12,18$ см), ОБ ($105,35 \pm 8,37$, см), ОТ/ОБ ($1,01 \pm 0,07$), ОТ/рост ($0,61 \pm 0,07$). Достоверно эти показатели не отличались. В группе без СД и с СД соответственно были получены следующие данные: ЖМТ ($29,15 \pm 8,61$ % vs $29,89 \pm 8,87$ %, нд), ВЖ ($13,78 \pm 4,87$ % vs $17,65 \pm 5,70$ %, $p=0,0056$) и ММТ ($31,53 \pm 4,92$ vs $29,89 \pm 8,87$ %, нд) и ОО ($1764,55 \pm 214,52$ vs $1789,29 \pm 312,86$ %, нд). При анализе корреляционных связей была отмечена равнозначная корреляционная связь ОТ и ИМТ в обеих группах. Так ОТ коррелировал с: ОО ($r=0,32$ vs $0,33$), ВЖ ($r=0,43$ vs $0,43$), ЖМТ ($r=0,54$ vs $0,56$). ИМТ коррелировал с: ОО ($r=0,62$ vs $0,63$), ЖМТ ($r=0,58$ vs $0,54$) ($p<0,05$). Показатель ОТ/рост в обеих группах коррелировал с ВЖ ($r=0,62$ vs $0,58$).

Выводы. При отсутствии достоверных различий между группами в антропометрических показателях, в группе с СД показатель ВЖ достоверно выше. В обеих группах ОТ и ОТ/рост коррелируют с ВЖ, однако коэффициент корреляции у ОТ/рост выше, следовательно ОТ/рост может оцениваться как показатель висцерального ожирения.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Топчій І. І., Семенових П. С., Гальчінська В. Ю., Якименко Ю. С.

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

м. Харків

Вступ. Стан функціонального ниркового резерву (ФНР) є дуже важливим діагностичним і прогностичним критерієм функціонального стану нирок у людини.

Метою дослідження було вивчення стану ФНР у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу з доклінічними стадіями нефропатії в динаміці лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 42 хворих на ЦД 2-го типу з доклінічними стадіями діабетичної нефропатії (ДН). Середній вік пацієнтів – $(51,9 \pm 2,3)$ роки. Контрольну групу склали 10 здорових осіб.

Усі пацієнти отримували антидіабетичні препарати, інгібітор АПФ раміприл або блокатор рецепторів ангіотензину II лосартан, антигіпертензивні препарати інших груп для досягнення цільових цифр артеріального тиску, а також статини для корекції порушень ліпідного обміну. Проводили пробу з білковим навантаженням L-формами амінокислот. ФНР визначали як ступінь збільшення швидкості клубочкової фільтрації після стимуляції білком. При значенні ФНР більше 10 % даний показник характеризували як збережений. Якщо значення ФНР було менш ніж 10 %, резерв розцінювали як знижений або виснажений.

Результати. В контрольній групі ФНР був збережений і склав в середньому $(30,52 \pm 13,76)$ %. У хворих на ЦД 2-го типу дослідження внутрішньоклубочкової гемодинаміки виявило тенденцію до зниження ФНР. Залежно від стану ФНР хворі на ЦД 2-го типу розподілилися на дві групи. У першу групу увійшли пацієнти зі збереженим резервом фільтрації – 22 особи, у яких приріст клубочкової фільтрації склав у середньому $(58,46 \pm 6,68)$ %. Друга група – пацієнти з виснаженим ФНР – 20 осіб, у яких спостерігали зниження або відсутність резерву фільтрації в середньому до $-(25,94 \pm 4,17)$ %. В динаміці лікування мало місце суттєве покращення функціонального стану нирок і вірогідного збільшення кількості пацієнтів зі збереженим ФНР. Збережений резерв фільтрації ми виявили у 28 осіб, у яких приріст клубочкової фільтрації склав у середньому $(68,92 \pm 7,56)$ %. Виснаження ФНР мало місце в 14 обстежених. В цій групі спостерігали зниження або відсутність резерву фільтрації в середньому до $-(15,32 \pm 4,93)$ %.

Висновки. У 47,7 % хворих на ЦД 2-го типу з початковими стадіями нефропатії виявляється виснаження ФНР при проведенні проби з амінокислотою стимуляцією. Застосування комплексної нефропротекторної терапії призводило до суттєвого покращення функціонального стану нирок і вірогідного збільшення кількості пацієнтів зі збереженим ФНР.

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ПОЄДНАННІ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ

Топчій І. І., Щербань Т. Д., Гальчінська В. Ю., Семенових П. С.,
Єфімова Н. В.

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

Патогенез діабетичної нефропатії (ДН) та гіпертонічної хвороби (ГХ) тісно пов'язаний зі стимуляцією клітинних механізмів запалення, розвитком оксидантного стресу та зниженням біодоступності оксиду азоту (NO).

Мета дослідження – визначення факторів ризику прогресування ДН у пацієнтів з коморбідною патологією на основі аналізу показників функціонального стану нирок та клітинних механізмів запалення.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено 173 хворих на ДН в поєднанні з ГХ віком від 32 до 64 років. Для вибору ознак, значимих для розвитку коморбідної патології, використовували дискримінантний аналіз та тест «л-Уілкса» з метою оцінки вірогідності відмінностей середніх значень дискримінантних функцій між групами.

Результати дослідження. Аналізували функціональний стан нирок та характеристики нейтрофільної ланки запалення (експресія адгезивних молекул, експресія і активність різних форм NO-синтази, метаболічна та фагоцитарна активність нейтрофілів). Дані показники різною мірою відповідали поєднанню ГХ з доклінічною стадією або з клінічною стадією ДН і були поставлені у відповідність 31-мірному вектору, що враховував наявність і величину кожної ознаки. При діагностиці стадій ДН ми отримали 5 областей: 1 – доклінічна стадія ДН, 2 – клінічна стадія ДН, 3 – ізольована ГХ, 4 – контрольна група, 5 – проміжна область. Розрахункові значення дискримінантних функцій щодо фактичної групи та групи, що прогнозується, показали, що в нашому дослідженні ці групи не співпали у 1 пацієнта зі 173 обстежених осіб, що склало 0,6 %, а показник відповідності фактичної групи до прогнозу склав 99,4 %.

З урахуванням показників функціонального стану нейтрофілів розроблено алгоритм індивідуального прогнозу розвитку ДН при поєднанні з ГХ за швидкістю клубочкової фільтрації і рівнем мікроальбумінурії та такими додатковими факторами ризику, як підвищення адгезивних властивостей нейтрофілів, зростання активності і експресії індукцибельної NO-синтази та збільшення киснезалежного метаболізму в цих клітинах, а також пригнічення здатності до фагоцитозу.

Висновки. Розвиток та прогресування ДН в поєднанні з ГХ тісно пов'язаний зі стимуляцією клітинних механізмів запалення, розвитком оксидантного стресу та зниженням біодоступності оксиду азоту (NO).

КОНЦЕНТРАЦІЯ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 23 В КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Топчій І. І., Якименко Ю. С., Гальчінська В. Ю., Семенових П. С.
*ДУ«Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

В останній час проводиться активний пошук нових діагностичних та прогностичних маркерів, що відображали б найбільш ранні стадії діабетичної нефропатії (ДН). Активно досліджують фактор росту фібробластів 23 (FGF23) – новий регулятор ниркового метаболізму фосфору та кальцію. **Метою дослідження** є вивчення концентрації FGF23, кальцію та фосфору в крові хворих на ДН.

Матеріали і методи. Було обстежено 58 пацієнтів на ДН у віці від 40 до 73 років. Хворі були розподілені на групи в залежності від ступеня ураження нирок. Першу групу склали 18 пацієнтів з початковими стадіями захворювання ДН I-II стадії. Друга група складалася з 12 хворих на ДН III стадії та четверта група – 28 пацієнтів з ДН IV стадії. Групу контролю склали 20 здорових осіб. Концентрація кальцію та фосфору в сироватці крові вивчалась з використанням набору реагентів фірми Cormay (Польща). Вміст FGF23 визначали імуноферментним методом.

Результати дослідження: встановлено, що у хворих на ДН I-II стадій концентрація FGF23 вірогідно зростала та склала ($1,47 \pm 0,11$) пмоль/л, контроль ($0,74 \pm 0,11$) пмоль/л. Значних відхилень показників мінерального обміну від контролю на початкових стадіях захворювання виявлено не було, так вміст кальцію склав ($3,04 \pm 0,11$) ммоль/л, контроль – ($2,88 \pm 0,12$) ммоль/л, а вміст фосфору у цих хворих становив ($1,26 \pm 0,12$) ммоль/л, контроль – ($1,23 \pm 0,18$) ммоль/л. Прогресування ДН супроводжувалось більш суттєвим зростанням FGF23 і в групі хворих з ДН III стадії концентрація фактора склала ($2,34 \pm 0,14$) пмоль/л., вміст кальцію та фосфору достовірно не змінювався та склав ($2,79 \pm 0,1$) ммоль/л та ($1,57 \pm 0,11$) ммоль/л, відповідно. Найбільш виразне підвищення FGF23 було виявлено на пізніх стадіях захворювання. У третій групі концентрація FGF23 зросла до ($6,06 \pm 0,54$) пмоль/л. Гіперфосфатемію було виявлено на пізніх стадіях ДН. В третій групі вміст фосфору вірогідно підвищувався та становив ($2,35 \pm 0,24$) ммоль/л, $p < 0,05$. Вміст кальцію мав тенденцію до зниження у цих хворих і склав ($2,62 \pm 0,12$) ммоль/л.

Висновки. У хворих на ДН встановлено прогресивне підвищення рівнів FGF-23 залежне від стадії захворювання. Вже на ранніх стадіях нефропатії виявляються високі рівні FGF-23, які майже в два рази перевищують контрольні показники. Найвищі рівні FGF-23 були виявлені на пізніх стадіях захворювання.

У хворих на діабетичну нефропатію мають місце порушення кальцієво-фосфорного обміну, які характеризуються гіперфосфатемією та гіпокаліємією. Найвищі концентрації фосфору та найнижчі рівні кальцію виявлено на пізніх стадіях захворювання.

ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ ТА ВИБІРКОВОЇ СУПРЕСІЇ МЕГАКАРІОЦИТІВ

Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

Обстеження пацієнтів, що вживають спиртмісткі препарати або чистий спирт, доводить факт прогресивного зниження у них рівня тромбоцитів та виразної супресії мегакаріоцитів. Етиловий спирт у такому переліку займає провідну позицію. Засобами клініко-морфологічних методів вивчали динаміку тромбоцитів та мегакаріоцитів крові у хворих з алкоголізмом, як офіційно діагностованим захворюванням, так і синдромами, що виникали та розвивались протягом тривалого прийому спиртмістких препаратів як засобів лікування соматичної патології. Підрахунок тромбоцитів здійснювали автоматично у розведеній пробі після лізису еритроцитів. Оскільки метод давав змогу встановити лише кількість пластин даного розміру та не забезпечував специфічне диференціювання тромбоцитів, його доповнювали аналізом мазка периферійної крові. Кількість тромбоцитів у полі зору у разі 100- разового збільшення множили на 12000-15000. Отримана величина дорівнювала їхній концентрації у 1 мкл. Автоматичним лабораторним методом визначали кількість мегакаріоцитів. При можливості аналізували кістковий мозок патеторів постмортально (n=4). Клінічні обстеження пацієнтів виконувались у суворому дотриманні відповідних алгоритмів. Особливу увагу звертали на стан печінки та селезінки, з огляду на виникнення гепатоспленомегалії. У результаті дослідження було встановлено, що розвиток тромбоцитопенії за етіологією – поліфакторний процес, який спричинювати первинний алкогольний гіперспленізм, низький рівень тромбopoетину, пов'язаний із розладом її функцій у разі етилового ураження печінки та безпосередня токсична дія алкоголю на тромбоцити та мегакаріоцити. Значне вживання алкоголю призводило до спочатку помірної, у подальшому – позначеної тромбоцитопенії зі зниженою кількістю кісткомозкових мегакаріоцитів, що свідчило на користь їхньої супресії (Harker L.A., 1974; 2001). Спирт вибірково впливав на молоді фракції мегакаріоцитів, припиняючи їхній розвиток у постмитотичній, але предендомитотичній стадії. На думку фахівців, саме у той період, коли клітини після першого ендомітозу мають глікопротеїни тромбоцитарної оболонки, а специфічні тромбоцитарні органели відсутні. Цікавим фактом виявилось те, що припинення вживання алкоголю чи препаратів, що мали його у своєму вмісті призводило до відновлення кількості тромбоцитів протягом 1-3 тижнів, проте, позначалось тимчасовим тромбоцитозом.

ЗАСТОСУВАННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ АНОМАЛІЙ ГРАНУЛОЦИТІВ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Торяник І. І.

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

Сучасна морфологічна ідентифікація аномалій гранулоцитів побудована на поєднанні характерних відмінних ознак, що стосуються появи цитоплазматичних включень (зернистість/біологічні артефакти), порушень забарвлення клітини (результати стресових реакцій та розладів у метаболізмі), змін структури ядер гранулоцитів (сегментація). Аномалія Мей-Хеггліна – доволі нечасте аутосомно-домінантне порушення, проявами якого є велетенських базофільних включень у гранулоцитах та гігантських тромбоцитів, кровотеча, кількісні та якісні аномалії тромбоцитів. Синдром Чедіака-Хігаси – вроджене порушення з появою великих азурофільних гранул у клітинах всіх мієлоїдних ростків, гігантських меланосом та аномально функціонуючих тромбоцитів без щільних гранул, гіпопігментацією очей та шкіри. Під час фагоцитозу у гранулоцитах відбувається патологічне з'єднання (злиття) лізосом; порушення хемотаксису. Існують думки щодо зв'язку даного синдрому із синтезом аномальних мікротубулярних протеїнів. Тільця Деле являють собою периферійно зосереджені сірувато-синього кольору цитоплазматичні включення, що, є залишками ендоплазматичного ретикулуму з незначною кількістю рибосом. Поява цих включень є типовою відповідною реакцією клітини на сильні стресові фактори. Хвороба Альдера-Рейлі – це спадкова аномалія, що триває на тлі відсутності функціональних розладів нейтрофілів. Порушення спричинене змінами у метаболізмі полісахаридів та супроводжується появою забарвлених у бузковий колір аузуурофільних гранул. Аномалія Пельгера-Хьюета – вроджене порушення сегментації ядра. Дозрілі гранулоцити гетерозигот містять виключно дві долі у ядрі. Зовні такі клітини нагадують собою пенсне і носять назву пенснеподібних клітин. Ядро гомозиготи складається лише із одної частки, з чіткою диференціацією та без схильності до маргіналії у мікротопографії. Це аутосомно-домінантне захворювання, що носить доброякісний характер та, за статистикою, розповсюджене у одного із 6000 осіб. Останнім часом, звертає на себе увагу аномалія, що називається псевдо-Пельгера-Хьюета синдром (набута патологія ядра гранулоцита). Її спостерігають у разі мієлопроліферативних та мієлодиспластичних порушень, що виникають у наслідок аномалій дозрівання ядра. Надлишкову гіперсегментацію ядра спричиняють доброякісні аутосомно-домінантні порушення. У нейтрофілів це явище частіше виникає як результат мегалобластної анемії. Однак на користь зазначеного феномену можна свідчити лише за умов наявності 5 % чисельності гранулоцитів з сегментованими ядрами.

ЛІПІДНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА

Трефаненко І. В., Гречко С. І., Рева Т. Б.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Порушення ліпідного метаболізму і пов'язані з ними захворювання впродовж останніх п'ятдесяти років стали об'єктом пильної уваги лікарів різних спеціальностей, головним чином терапевтів та кардіологів. Термін «ліпідний дистрес-синдром» був запропонований в результаті тривалих досліджень порушень ліпідного обміну. Встановлені досі закономірності не залежали від нозології і стосувались загальних для цих захворювань патологічних процесів, основою яких являлась дисліпопротеїдемія.

Ліпідний дистрес-синдром (ЛДС) – симптомокомплекс, зумовлений порушенням ліпідного обміну (дисліпопротеїдемія) та характеризується ураженням органів-мішеней і розвитком відповідних захворювань: облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок, хронічна ішемічна хвороба органів травлення, холестероз жовчного міхура, ліпогенний панкреатит, жировий гепатоз. Перераховані вище захворювання, зумовлені ЛДС, в практичному розумінні далеко стоять один від одного. При цьому зміни метаболізму носять системний характер і супроводжуються порушенням різних функцій печінки – головного органа-мішені при ЛДС.

Мета досліджень: визначити вплив дисліпопротеїдемій на розвиток хронічної ішемічної хвороби органів травлення (ХІХОТ), хронічного холециститу та хронічного панкреатиту у пацієнтів похилого віку в залежності від статі.

У результаті проведених нами досліджень було встановлено, що у чоловіків найбільш часто зустрічається ерозивно-виразковий варіант ХІХОТ, який поєднується з ІХС і атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок, у жінок – псевдопанкреатичний варіант, поєднаний з гіпертонічною хворобою і дисліпопротеїдемією.

Вивчення вмісту ліпопротеїдів у крові хворих похилого віку на холецистопанкреатит показало значне підвищення рівня загального холестерину, ліпопротеїдів дуже низької густини та ліпопротеїдів низької густини в порівнянні з практично здоровими особами.

Таким чином, отримані дані свідчать за необхідність розглядати розвиток хронічного холециститу, хронічного панкреатиту, особливо у осіб похилого віку, саме з позиції ліпідного дистрес-синдрому. Дисліпопротеїдемія, що лежить в основі розвитку та прогресуванні цих захворювань потребує належної медикаментозної корекції.

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ЗА ДОПОМОГОЮ ФІТОЗБОРІВ

Трохимович А. А., Блецкан М. М.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Вступ. Виникнення та перебіг серцево-судинних захворювань тісно пов'язані з наявністю чинників ризику, основними серед яких є порушений ліпідний обмін, підвищений артеріальний тиск, надлишкова маса тіла тощо. До ліпідознижуючих препаратів відносять статини, фібрати, секвестранти жовчних кислот, нікотинову кислоту, менше робіт присвячено методикам корекції порушень ліпідного обміну за допомогою фітотерапевтичних засобів.

Метою дослідження було покращення ефективності лікування пацієнтів з порушенням ліпідного обміну за допомогою лікарських рослин.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз спектру терапевтичної дії наступних різновидів рослинної сировини: квітки ромашки лікарської (*Chamomilla recutita*), коріння кульбаби лікарської (*Taraxacum officinale*), листя підбілу звичайного (*Tussilago farfara*), трава звіробою звичайного (*Hypericum perforatum*), квітки та плоди глоду колючого (*Crataegus oxycantha*).

Результати дослідження та їх обговорення. Гіполіпідемічний ефект лікарських рослин даного фітозбору обумовлений впливом на наступні ланки ліпідного обміну:

1. За рахунок гальмування всмоктування холестерину. Обумовлено вмістом у них в-ситостерину – конкурентного антагоністу холестерину (ромашка, корені кульбаби, листя підбілу).

2. За рахунок гальмування синтезу холестерину, тригліцеридів та підвищення їх утилізації. Ефект здійснюється за рахунок наявності в рослинах глікозидів, флавоноїдів, стероїдних та тритерпенових сапонінів, фенольних сполук тощо (квітки та плоди глоду колючого, звіробій).

Компоненти лікарських рослин виявляють різносторонній ефект на найважливіші системи організму та на їх функції. Переважний вплив складників наведеного фітозбору направлений на серцево-судинну систему. Так, глід володіє позитивною інотропною дією та водночас зменшує його збудливість. Поряд з кардіотонічною дією, глід покращує кровопостачання нирок. Галенові форми глоду зменшують порушення серцевого ритму шляхом подовження ефективного періоду серцевого циклу, тобто за своїми властивостями вони відповідають антиаритмічним препаратам III класу.

Висновки. Таким чином, запропонований фітозбір рекомендується для корекції ліпідного спектру крові у пацієнтів з дісліпідемією у складі комплексної терапії з метою оптимізації базисних схем лікування.

DIABETES MELLITUS AND MANGANESE, MOLYBDENUM

Turyanitsa Y. E., Rusnak I. T., Samoilenko S. V., Kulachek Y. V.

Higher state educational establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

The total number of adult with diabetes mellitus is projected to rise from 382 million in 2013 to 592 million in 2035. In 2013, an estimated 5.1 million people died from consequences of hyperglycemia. Type 2 diabetes mellitus (T2DM) can be prevented or delayed through healthy diet, regular physical activity, maintaining a normal body weight, and avoiding smoking.

Results of studies confirm that deficiency and efficiency of some essential trace metals may play a role in the development of diabetes mellitus.

Elements participate in tissue and cellular and subcellular functions; these include immune regulation by humoral and cellular mechanisms, nerve conduction, muscle contractions, membrane potential regulations, and mitochondrial activity and enzyme reactions.

Manganese plays an important role in a number of physiologic processes as a constituent of some enzymes such as pyruvate carboxylase and arginase and an activator of different enzymes such as phosphoenolpyruvate carboxykinase (PEPCK) and glutamine synthetase. These manganese activated enzymes play important roles in the metabolism of carbohydrates, aminoacids, and cholesterol. Manganese helps in glucose metabolism and it is required for normal synthesis and secretion of insulin. The level of manganese is lower in T2DM subjects as compared to control subjects. In an another study, the mean manganese was significantly low in blood and scalp-hair samples of diabetic patients as compared to control and both genders.

There is accumulating evidence that molybdenum plays an important role in insulin action as it has been suggested to be able to bind the insulin receptor and to be involved in the activation of glucose metabolism enzymes. Therefore, molybdenum complexes have been proposed as possible adjunct in the treatment of diabetes mellitus.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ З ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А.

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

м. Харків

Мета. Визначити особливості антропометричних та метаболічних порушень у хворих НАЖБП.

Матеріали и методи. Обстежено 32 хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП), 14 чоловіків (43,8%) та 18 жінок (56,2%), середній вік хворих склав ($57,2 \pm 8,7$) років. Хворі не зловживали алкоголем (споживання <50 г етанолу/тиждень для чоловіків, <30 г етанолу/тиждень для жінок протягом останнього року); не мали ознак хронічного вірусного гепатиту, асоційованого з HBV, HCV-інфекцією. Контрольну групу склали 30 здорових осіб. Клінічне обстеження хворих включало оцінку антропометричних показників: зріст, вагу тіла, індекс Кетле. Для оцінки розподілу жирової тканини використовували антропометричні показники: окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС) та співвідношення окружності талії до окружності стегон – індекс талія-стегно (ІТС). Для діагностики неалкогольного стеатозу використовували ультразвуковий метод дослідження,

Результати дослідження показали достовірний позитивний взаємозв'язок між рівнем порушеннями вуглеводного та ліпідного обмінів і ступенем ожиріння. Найбільш сильний кореляційний показник виявлено для вмісту тригліцеридів у плазмі крові та абдомінального ожиріння (ОТ/ОС) ($r_s = 0,57$, $p < 0,001$). Більш слабкий кореляційний зв'язок продемонстрували показники ЗХС і ХС ЛПНГ з антропометричними параметрами. Індокси кореляції склали відповідно: ОХ і ІМТ – $r_s = 0,09$; ОХ і ОТ – $r_s = 0,16$; ОХ і ОТ/ОБ – $r_s = 0,13$. Сироваткова концентрація інсуліну слабкіше корелювала з рівнем ТГ, проте була достовірно значущою ($r_s = 0,36$, $p < 0,01$). Більш сильна позитивна кореляційна залежність була виявлена між інсуліном і рівнем ЗХС і холестерину ХС ЛПНГ ($r_s = 0,48$, $p < 0,001$, $r_s = 0,56$, $p < 0,001$ відповідно). Така ж тенденція спостерігалася для індексу НОМА-ІR. Отримані дані продемонстрували наявність проатерогенної дисліпідемії у пацієнтів з НАЖБП незалежно від ступеня ожиріння.

Висновки. У хворих на НАЖХП метаболічні зміни, а саме надлишкова вага, абдомінальний розподіл жирової тканини, ІР, були пов'язані з порушеннями вуглеводного та ліпідного обмінів, що підтверджує патогенетичну роль визначених чинників в розвитку та прогресуванні НАЖХП.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ПРИЗНАЧЕННЯМ ПОЛІКОЗАНОЛУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ТЛІ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.

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

Мета дослідження: дослідити динамічні зміни метаболічних показників у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) з гіпертонічною хворобою (ГХ) та вісцеральним ожирінням протягом 8-тижневого призначення Полікозанолу (ФітоСтатин®) у дозі 10 мг/добу додатково до статинотерапії.

Матеріали і методи. Дослідження проведені у 32 хворих на НАЖХП у поєднанні з ГХ I-II стадії та вісцеральним ожирінням, які були розподілені на дві групи порівняння. Першу групу склали 16 хворих, яким додатково до призначення Аторвастатину у дозі 10 мг на добу призначався Полікозанол (ФітоСтатин®) у дозі 10 мг 1 раз ввечері під час вечері протягом 8 тижнів (чоловіків – 9 (56,3%), жінок – 7 (43,7%). Другу групу склали 16 хворих (чоловіків – 8 (50,0%), жінок – 8 (50,0%)), які в якості гіполіпідемічної терапії приймали лише Аторвастатин у дозі 10 мг на добу. Середній вік хворих складав (53,0±0,8) років. Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб (чоловіків – 7 (50%), жінок – 7 (50%)) аналогічної вікової та гендерної категорії. Вихідні метаболічні показники I і II груп не мали достовірних відмінностей, що свідчить про однорідність даних груп порівняння ($p>0,05$).

Результати дослідження. Встановлено, що через 8 тижнів лікування у хворих I групи достовірно знизилася показники ТГ і підвищилися показники ХС ЛПВЩ ($p<0,05$). Призначення Полікозанолу до стандартної терапії хворим I групи дозволило поліпшити чутливість периферичних тканин до інсуліну в більшій кількості випадків, ніж при застосуванні стандартного лікування у пацієнтів II групи (68,8% проти 36%), не погіршивши при цьому індекс НОМА у пацієнтів без порушення вуглеводного обміну та не впливало на показники трансаміназ протягом терапії, що має велике значення для лікування дисліпідемії у хворих на НАЖХП.

Висновки. У проведеному нами дослідженні Полікозанол продемонстрував високу безпеку і хорошу переносимість, досягнуто 100 % комплаєнності щодо дотримання хворими призначеної комбінованої терапії, що дозволяє його рекомендувати до більш широкого використання у хворих з коморбідним перебігом НАЖХП з ГХ та вісцеральним ожирінням з метою ефективною корекції дисліпідемій.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ГЕМОСТАЗА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Федив А. И., Сицинская И. А.

Высшее государственное учебное заведение Украины

"Буковинский государственный медицинский университет", г. Черновцы

Цель: корреляционная связь гемостаза и антиоксидантной системы у больных пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2.

Материалы и методы. Обследовано 90 лиц, из них: 60 – с пептической язвой желудка (ПЯЖ) и ДПК, 60 – с ПЯЖ и ДПК, в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом типа 2 (СД 2) и 30 практически здоровых лиц. Нами были обследованы больные по установлению диагноза язвы. Содержание в крови глутатиона восстановленного определяли титрационным методом по О.В.Травиною в модификации И.Ф.Мещишена, И.В.Петровой, малонового альдегида – по Ю.А. Владимировым, А.И. Арчаков. Активность ферментов изучали: глутатионпероксидазы (КФ 1.11.1.9) – по И.Ф. Мещишеним, глутатион-S-трансферазы (КФ 2.5.1.18) – по И.Ф. Мещишеним. Активность ферментов рассчитывали на 1 г гемоглобина (Нв).

Результаты исследования. При анализе результатов исследования перекисного окисления липидов (ПОЛ) нами установлено, что в крови больных ПЯЖ и ДПК с АГ и СД2 повышено содержания МА в эритроцитах ($10,21 \pm 0,36$) и МА плазме крови ($3,93 \pm 0,11$), что свидетельствует об истощении резервов антиоксидантной защиты организма, сопровождающееся усилением деструктивных процессов и увеличением тяжести течения заболеваний и повышением риска развития атеросклероза. При исследовании оксидантно-противооксидантной системы выявлено, что у больных ПЯЖ и ДПК $\text{CagA VacA N.pylogi}$ МА в плазме крови в 1,38 раза ($p < 0,05$) выше в сравнении с группой ПЗЛ и в 1,03 раза ($p < 0,05$) в сравнении с группой больных ПЯЖ и ДПК при наличии одного токсигенного штамма. В группе больных ПЯЖ и ДПК в сочетании с АГ и СД2 при наличии CagA VacA МА в плазме в 2 раза повышен в сравнении с группой ПЗЛ ($p < 0,05$) и в 1,32 раза ($p < 0,05$) в сравнении с группой больных ПЯЖ и ДПК $\text{CagA VacA-}/\text{CagA} - \text{VacA}$ в сочетании с АГ. Выявлено прямые достоверные корреляционные связи между системой гемостаза и антиоксидантной системой у больных пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2.

Выводы. Влияние токсигенных штаммов CagA VacA на систему гемостаза и антиоксидантной системой у больных пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2 приводит к нарушению данных систем и к синдрому «взаимоотягощения».

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С КОНСТИПАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Фещенко С. И., Скирда И. Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Цель исследования: изучить структурные и функциональные изменения толстой кишки (ТК) по данным эндоскопических исследований у больных с констипационным синдромом (КПС) и улучшить методику колоноскопии (КС) у данной категории больных.

Материалы и методы исследования. Обследовано 304 больных с КПС, которые проходили лечение в клинике ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины».

Результаты. КС дает возможность обнаружить изменение обычного положения и формы ТК, ограничение подвижности, периколитические сращения (спайки), фиксацию ТК к соседним органам. Среди всех обследованных пациентов женщины составили 237 (77,9%), мужчины – 65 (22,1%) человек, в возрасте от 23 до 67 лет. Всем больным выполнялась премедикация различными препаратами – спазмобрю, спазмоменом, кетолонгом и др. Тотальная КС выполнена у 205 (67,4%), до печеночного угла у 30 (9,8%), до селезеночного угла у 31 (10,1%), сигмоскопия выполнена у 38 (12,5%) больных. Для исключения органической патологии – 53 (17,5%) пациентам проведено рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригография). Заболевания толстой кишки часто сочетаются со спаечной болезнью (СБ). У 62 (20,3%) больных с КПС было эндоскопически установлены признаки СБ с вовлечением в спаечный процесс ободочной кишки. Приоритет обнаружения СБ принадлежит ирригографии, но и во время ФКС с определенной степенью достоверности можно диагностировать СБ, а также избавить пациента от рентгенологического исследования и лучевой нагрузки. Это возможно в том случае, если удалось выполнить тотальную ФКС и исключить органическую природу КС. К основным эндоскопическим признакам СБ относятся: ограничение подвижности или фиксация подвижных отделов ТК, затрудненное прохождение колоноскопа по сигмовидной кишке, трудное присборивание и выпрямление сигмовидной кишки. КПС у женщин с гинекологическими заболеваниями наблюдались в 67 (22,1%) случаях.

Выводы. Эндоскопические данные помогли оказать существенную помощь в правильном установлении причины изменений толстой кишки, которые в большинстве случаев наблюдались в ректосигмоидальном угле и (или) в сигмовидной кишке.

DESTRUCTIVE PROCESSES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM UNDER THE INFLUENCE OF ELECTROMAGNETIC RADIATION

Khamidova G. M., Kayumov U. K.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan

Objective: to study the level of antigen-binding lymphocytes (ABL) against tissue antigens (TAG) of the pericardium, endocardium, myocardium, as a prognostic criterion of the degree and depth of cardiovascular system (CVS) in persons with the risk of occupational exposure to radiofrequency electromagnetic radiation (RF-EMR), taking into account the length of service on the radio and television stations (RTS).

Material and methods. A total of 119 persons aged 18 to 65 years were examined. Depending on the duration of the RF-EMR exposure, surveyed persons were divided into 6 main groups persons surveyed were divided into six main groups: I group (15 people) who have been working under RF-EMR for 5 years; Group II (17) - 6-10 years of work experience; Group III (25) - work experience of 11-15 years; Group IV (24 persons) - work experience 16 - 20 years; Group V (18 people) - work experience 21 to 25 years; in the VI group (20 people) work experience of over 25 years. The control was the results of analysis of 22 healthy volunteers of similar age not associated with direct exposure to RF-EMR.

Results and their discussion. The conducted research and the results obtained determine the values of antigen-binding lymphocytes, specifically sensitized to tissue antigens of the heart and blood vessels, directly reflecting the level of the pathological process in the organs, shows the degree of infestation as a result of influence of electromagnetic radiation of varying intensity depending on the duration of work on the RTS. Significant differences in the indicators that are observed in the 1st group of patients, where work experience is less than 5 years, indicate the significant changes in the their organs, possibly of a functional nature, as the complaints of patients and objective findings are transient in nature, and the proof is also the fluctuations of ABL to TAG pericardium, endocardium, myocardium, within the group. Thus, the upper value of ABL in I group to TAG pericardium is for 2 patients - 8%, the minimum for 3 patients - 3%; to the TAG myocardial – max – 1 patient – 6% and is minimal in the normal range for 6 patients; endocardium, respectively for 1 patient - 9%, for 2 patient - 3%.

Conclusions: the results of the dynamics of ABL, specifically sensitized to TAG tissues of the heart, are a reflection of the adverse effects of RF-EMR exposure on the human body. With increasing duration of this exposure, the violations are taking a deeper and irreversible character. This fact should be considered while conducting regular preventive examinations using determination of the level of ABL to TAG organs and tissues as a diagnostic and prognostic criterion. This also is important for the early detection of lesions multiple organ damage and to optimize approaches to treatment and prevention of these lesions.

ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ

Хмель О. С., Родіонова В. В.

Кафедра професійних хвороб та клінічної імунології

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Мета дослідження: вивчити вплив антигіпертензивної терапії на варіабельність ритму серця (ВРС) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в поєднанні з остеоартрозом (ОА) колінних суглобів.

Матеріали та методи: Обстежено 60 чоловіків, з них основна група – 25 хворих АГ II ст., 2 ступ., в поєднанні з ОА колінних суглобів II ст. за Kellgren-Lawrence, віком $51,8 \pm 2,14$ років. Група порівняння – 20 чоловіків, хворих на АГ II ст, 2 ступ., віком $5 \pm 2,38$ років. Контрольна група – 15 практично здорових осіб. На час дослідження призначалась антигіпертензивна терапія: Амлодипін 5 мг та Лізиноприл 5 мг 1 раз на добу per os. ВРС визначали за допомогою добового холтерівського моніторування електрокардіограми до та після лікування.

Результати: Показники Low Frequency (LF) в хворих як основної групи, так і групи порівняння не мали достовірної різниці між собою, проте були достовірно вищі порівняно з групою контролю (1507 [1105 – 1861]; 1425 [1105 – 1660]); 1051 [478 – 1385] $p < 0,05$ відповідно). В той же час показник High Frequency (HF) був найнижчим саме в основній групі (HF в основній групі – 248 [154 – 458], в групі порівняння – 314 [204 – 363], в групі контролю – 388 [168 – 491]; $p > 0,05$), а індекс LF/HF в основній групі був достовірно вище порівняно як з групою порівняння, так і з групою контролю. Після лікування в хворих основної групи визначалося зниження показника LF (показник LF в хворих основної групи до лікування – 1507 [1105 – 1861], після лікування – 1014 [718 – 1084]; $p < 0,05$). У той же час в хворих основної групи показник LF після лікування достовірно не відрізнявся від показника LF контрольної групи (1014 [718 – 1084] та [478 – 1385], відповідно; $p > 0,05$). Через зниження показника LF в хворих основної групи визначалось зниження індексу LF/HF (до лікування – 5,64 [4,87 – 7,56], після лікування – 3,95 [3,74 – 4,54]; $p < 0,05$), що вважається індексом серцевого симпато-вагального балансу та незалежним предиктором смертності, та свідчить про зниження впливу симпатичної системи на організм.

Висновки: зниження індексу LF/HF при застосуванні комбінації Лізиноприлу 5 мг та Амлодипіну 5 мг в лікуванні хворих на АГ в поєднанні з ОА свідчить на користь пригнічення тонуусу симпатичної нервової системи, що сприяє зменшенню ризику смертності.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЁГКИХ

Ходош Э. М., Хорошун Д. А.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьковская городская клиническая больница №13, Украина*

Многочисленные исследования, проведенные в ведущих клиниках США и Европы доказали, что пациенты с хроническим обструктивным заболеванием лёгких (ХОЗЛ), получающие длительную терапию кислородом (не менее 16 часов в сутки), живут в среднем на 5-7 лет дольше тех пациентов, кто ее не получал. Также существующие рекомендации по длительной кислородной терапии (ДКТ) у больных с ХОЗЛ рекомендуют увеличение потока кислорода на 1 л / мин в течение ночи, так как исходная насыщенность кислородом чревата возникновением ночной десатурации, что коррелирует с понижением качества жизни и сна.

Цель исследования. Для изучения данной корреляционной зависимости, нами проведено исследование у больных с ХОЗЛ и ДКТ, при условии, что кислородный поток не увеличивался в течении ночи.

Материал и методы. Все пациенты отвечали стандартам назначения ДКТ. Использовались стабильные значения потока кислорода, достигалось насыщение кислорода на выходе выше 90%, но не рекомендовалось увеличивать поток кислорода в течение ночи. Предварительные результаты показали, что десатурация, более чем на 30%, при исходной 90% зарегистрирована в первую ночь или в две последовательные ночи. Качество жизни оценивалось по трём различным опросникам (SF-36, SGRQ, CAT).

Обследовано 35 человек; средний возраст – 71,4 года, а среднее значение ОФВ1 составило – 37%. Ночная десатурация отмечена у 9-ти больных. Эти пациенты имели среднее значение сатурации 88%, в то время как у пациентов без сатурации насыщенность кислородом составляла 90%. Корегированная сатурация соответствовала 93% против 95% ($p < 0,001$). Качество жизни и сна были плохими, но не показывали различий между сатурированными и не десатурированными больными.

Выводы. Интересен факт, что большинство больных не показывали ночную десатурацию, вопреки отсутствию увеличения ночного кислородного потока. По мнению авторов, полученные результаты противопоставляются рутинным рекомендациям по увеличению ночного потока кислорода у больных с ХОЗЛ и ДКТ.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Хребтій Г. І., Ташук В. К., Гінгуляк О. М.,
Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Савчук О. М.

Вищий державний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета дослідження – оцінити вплив різних режимів діуретичної терапії на ендотеліальну функцію судин у хворих з хронічною серцевою недостатністю упродовж 6 міс. лікування.

У ході дослідження обстежено 106 пацієнтів (61 чоловіків і 45 жінок, віком 56–82 років (в середньому – $(68,1 \pm 0,9)$ років)) з гіпертонічною хворобою (ГХ) III стадії з ішемічною хворобою серця (ІХС) та без неї, ХСН II–III функціонального класу за NYHA і фракцією викиду $< 45\%$. Всі включені у дослідження пацієнти були декомпенсованими, потребували застосування петлевих діуретиків та не мали протипоказань до їх прийому. Термін спостереження за хворими – 6 міс. з моменту включення їх у дослідження. Усім хворим була проведена корекція лікування згідно з сучасними протоколами лікування ГХ, ускладненої ХСН.

Залежно від характеру діуретичної терапії всі обстежені хворі з ХСН були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи ($n=55$) увійшли пацієнти, яким була призначена щоденна діуретична терапія торасемідом, до 2-ї ($n=53$) – хворі, яким призначали інтермітивну терапію фуросемідом (прийом препарату через 1–2 дні або 2–3 дні підряд із наступною перервою на 1–2 дні). Зміни діаметра плечової артерії оцінювали із застосуванням ультразвукового діагностичного сканера "LOGIQ 500", за допомогою лінійного датчика 7 МГц з фазованою решіткою ультразвукової системи. У групі хворих, котрі отримували фуросемід ЕЗВД змінилась з $-3,5\%$, до лікування до $+1,7\%$ через 3 міс. ($p<0,0001$) та $+5,4\%$ через 6 міс. ($p<0,0001$). У пацієнтів з ХСН, до схеми лікування котрих входив щоденний прийом торасеміду ЕЗВД змінилась з $-3,8\%$ до лікування до $+3,1\%$ через 3 міс. ($p<0,0001$) та $+7,1\%$ через 6 міс. ($p<0,0001$). Через 6 міс. ЕЗВД у виділених групах пацієнтів під впливом інтермітуючої терапії фуросемідом збільшилась на $63,1\%$, а при щоденному прийомі торасеміду – на $97,9\%$ ($p=0,036$ між групами, порівняння проводили за допомогою критерію Манна-Уїтні).

Проведене дослідження продемонструвало, що у хворих з ХСН величина зміни швидкості кровотоку в плечовій артерії через 3 міс. стандартної терапії з інтермітуючим прийомом фуросеміду збільшилась на $6,2\%$, а при призначенні торасеміду – на $17,1\%$ ($p=0,026$); через 6 міс. при схемі з фуросемідом – збільшилась на $22,5\%$, а при призначенні торасеміду – на $33,9\%$ ($p=0,033$). При щоденному прийомі торасеміду, внаслідок статистично значимого покращення ендотеліальної функції судин відбувається ефективна корекція нейрогуморальної складової у хворих з декомпенсованою ХСН.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Хребтій Г. І., Ташук В. К., Гінгуляк О. М.,
Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Савчук О. М.

Вищий державний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Метою дослідження є визначення в сукупності гемодинамічних особливостей і змін міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) із супутньою інсулінорезистентністю (ІР).

Обстежено 126 хворих на ГХ II стадії віком від 45 до 60 років, в середньому – $55 \pm 5,9$ років. Першу групу склали 66 хворих на ГХ II стадії без ІР, другу групу – 60 хворих на ГХ II стадії та ІР. При порівняльному аналізі показників ехокардіографії було виявлено збільшення товщини задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) (I група $1,05 \pm 0,01$ см; II група $1,16 \pm 0,01$ см; $p < 0,01$), товщини міжшлуночкової перетинки (I група $1,05 \pm 0,01$ см; II група $1,15 \pm 0,01$ см; $p < 0,01$) у хворих з ІР, що поєднувалось з високим кінцевим систолічним і кінцевим діастолічним розмірами і об'ємами і було причиною збільшення маси міокарда ЛШ (I група $147,1 \pm 6,8$ г; II група $170,4 \pm 5,4$ г; $p < 0,01$). У групі пацієнтів із ГХ II стадії та супутньою ІР, на відміну від хворих без ІР, достовірно більшими були розміри лівого передсердя (ЛП) (медіана – 4,0 та 3,7 см відповідно, $p = 0,05$), значення індексу маси міокарда ЛШ^{2,7} ($65,3$ та $56,2$ г/м^{2,7}; $p = 0,04$) та меншим співвідношення максимальної швидкості періоду раннього діастолічного наповнення ЛШ (Е, м/с) до максимальної швидкості періоду пізнього діастолічного наповнення ЛШ (А, м/с) – Е/А ($0,67$ та $0,82$; $p = 0,006$). Виявлені зміни вказують на схильність у хворих на ГХ із ІР до розвитку переважно концентричної гіпертрофії ЛШ, котра являється найбільш несприятливим видом ремоделювання. Поглиблення порушень діастолічної функції та зменшення здатності міокарда до релаксації у хворих на ГХ із супутньою інсулінорезистентністю, згідно літературних даних, відбувається внаслідок збільшення жорсткості ЛШ, обумовленої посиленням росту фіброзної тканини.

При проведенні ультрасонографії встановлено, що вихідний діаметр плечової артерії в I групі склав $4,4 \pm 0,3$ мм; в II $4,1 \pm 0,2$ мм ($p > 0,05$). Ендотелійзалежна вазодилатація (ЕЗВД) в I групі дорівнювала $7,5 \pm 0,8$ %; в II групі $4,9 \pm 0,2$ % ($p < 0,01$). Величина ендотелійнезалежної вазодилатації (ЕНВД) в I групі склала $12,5 \pm 0,1$ %; в II групі $11,2 \pm 0,4$ % ($p < 0,05$). Таким чином, у хворих на ГХ II стадії, за даними дослідження, виявлені порушення ЕЗВД плечової артерії і зниження чутливості плечової артерії до напруження зсуву, незалежно від наявності ІР, хоча більш виражене у інсулінорезистентних хворих. Слід зазначити, що порушення нормальної судинорозширюючої реакції на нітрогліцерин у пацієнтів з ГХ та ІР робить імовірною можливість участі в розвитку ендотеліальної дисфункції порушеної відповіді гладеньком'язових клітин судини на нітровазодилататори.

ГОСТРІ ПРОЯВИ СЕРПОВИДНО-КЛІТИННОЇ АНЕМІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Цимбалюк В. І., Торяник І. І., Колесник В. В.

*Національна академія медичних наук України, м. Київ,
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМН України»,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН
України», м. Харків*

Серповидно-клітинна анемія (СКА) на сьогодні доволі розповсюджена гемоглобінопатія. Її нозологічні механізми пов'язані з утворенням за рахунок локальних мутацій у гені вета-ланцюга S-гемоглобіну та подальшою заміною глютамінової кислоти валіном. Дезоксигенований гемоглобін S має низьку розчинність, здатен до полімеризації, що спричинює деформацію еритроцитів та подальший гемоліз. Небезпека, що йде від СКА, пов'язана із гострою патологією кожної із систем організму. У роботі, застосовуючи засоби та ресурси ретроспективного аналізу, вивчали вірогідність розвитку неврологічних розладів та мозкового інсульту у осіб із СКА. У результаті дослідження було встановлено, що переважна більшість ускладнень пов'язана з епізодичним утворенням серповидних клітин, що закупорюють мікросудини. Деформовані серповидні еритроцити активно взаємодіють з тромбоцитами, ендотелієм судин, коагуляційними білками та викликають розлади кровообігу, що, в свою чергу, спонукає розвиток больових (оклюзійних) кризів. Останнє призводить до тканинної гіпоксії, характерних рецидивів больових приступів, інфарктів. Вазоклюзійні кризи провокуються емоційним стресом, фізичним перенавантаженням, холодом, інфекційними агентами. У людей молодого віку та дітей розвиток зазначеної симптоматики можливий на тлі різкого зниження гематокриту як результату секвестрації крові у селезінці. Все зазначене вище сприяє появі цілої низки ускладнень, що опосередковано пов'язані між собою та впливають одне на одне. Гострі неврологічні порушення вважають одними із найпоширеніших. Вони, за підрахунками фахівців, становлять 25,3 % неврологічних розладів у хворих на СКА серед мешканців Європейського регіону, 32,4-35,0 % у населення Південної Америки, 43,7-49,0 % – Африки. Високий рівень захворюваності на судинну неврологічну патологію реєструють у країнах Середземномор'я, Індії, Середньої Азії, Близького Сходу, останнім часом – Китаї. За даними ретроспективного аналізу, перебіг СКА провокує розвиток тяжких випадків, нахтал, епіліптоїдних, транзиторних ішемічних атак, тромботичних, тромбоемболічних, геморагічних інсультів. Мозкові ішемічні інсульти як результат закупорки великих (магістральних) судин мозку (середня мозкова артерія) відбуваються найчастіше (70 %) у людей молодого віку (16- 28 років) і навіть у дітей. За відсутністю лікування їхні рецидиви реєструють протягом 3-х-4-х років. Літературні данні свідчать, що у дорослих хворих на анемію можливе виникнення гострих геморагічних інсультів у наслідок неоваскуляризації та аневризм судин головного мозку.

ПОЛІМОРФІЗМ -204A>C ГЕНУ СУР7A1 У ОСІБ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Чернацька О. М.

Сумський державний університет, медичний інститут, Україна

Мета – дослідження особливостей розподілу алелів та генотипів однонуклеотидного поліморфізму -204A>C промоторної ділянки гену холестерол-7-альфа гідроксилази (СУР7A1) у осіб із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу та артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 399 пацієнтів, які проходили обстеження та лікування у Сумській міській клінічній лікарні №1 та Сумського обласного клінічного госпіталю інвалідів Вітчизняної війни протягом 2009-2016 років. Основну (I) групу склали 198 пацієнтів із ЦД 2-го типу та АГ, групу порівняння (II) – 152 особи із АГ, контролю (III) – 49 практично здорових осіб. Тривалість ЦД 2-го типу становила $(9,57 \pm 0,73)$ років. Тривалість АГ у пацієнтів I групи склала $(4,58 \pm 0,34)$ роки, II – $(12,86 \pm 3,6)$ років; $t = 2,29$, $p < 0,05$. Методи дослідження: анамнестичні, клінічні, лабораторні, аналітичні, статистичні, молекулярно-генетичні. Поліморфізм -204A>C промоторної ділянки гену СУР7A1 було досліджено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів, горизонтальним електрофорезом. Відмінність у розподілі генотипів у пацієнтів I, II, III групи визначали за допомогою тесту χ^2 , статистичну значущість якого перевіряли за допомогою достовірності (p). Було використано критерій Айкане при моделях успадкування.

Результати. Встановлено, що у пацієнтів із ЦД 2-го типу та АГ співвідношення гомозигот AA, гетерозигот AC, гомозигот CC становило 60,1%, 15,7%, 24,2% (у контролі – 91,8%, 6,7%, 1,5%, $\chi^2 = 14,023$; $p = 0,001$). У осіб із АГ співвідношення гомозигот AA, гетерозигот AC, гомозигот CC становило 73,7%, 6,5%, 19,7% (у контролі – 91,8%, 6,7%, 1,5%, $\chi^2 = 6,789$; $p = 0,034$). Алель A виявилася домінантною, так як склала 67, 93%, 76,97%, 91,84% у осіб I, II, III групи, відповідно. Алель C виявилася у 32,07%, 23,03%, 8,16% у обстежених пацієнтів. У осіб I групи моделлю успадкування виявилася рецесивна. Відношення шансів для генотипів AA+AC становило 1,00, CC – 7,52, $p = 0,01$, критерій Айкане – 19,13. У пацієнтів II групи моделлю успадкування також була рецесивна – відношення шансів для генотипів AA+AC становило 1,00, CC – 5,78, $p = 0,02$, критерій Айкане – 14,77.

Висновок. Доведено статистично значущі відмінності у розподілі генотипів у групі пацієнтів із поєднанням АГ і ЦД 2-го типу, АГ без ЦД 2-го типу та практично здорових людей, що свідчить про доцільність дослідження поліморфізму -204A>C гену СУР7A1 в якості генетичного маркеру вказаних патологій.

ВПЛИВ ЛІПІДНИХ ЧИННИКІВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Чернишов В. А., Несен А. О., Валентинова І. А., Шкапо В. Л.

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

Введення. Контроль артеріального тиску (АТ) у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу складає особливу проблему, оскільки підвищення АТ, з одного боку, виявляється у 50-80 % хворих на ЦД 2 типу, а з другого боку, незважаючи на необхідність контролю АТ у пацієнтів із ЦД 2 типу для кардіоваскулярного ризику (КВР), рівень АТ в реальній практиці залишається далеким від ідеального.

Мета дослідження: з'ясування впливу показників ліпідного обміну та окремих ліпідних співвідношень на ефективність зниження АТ у хворих ЦД 2 типу і гіпертонічною хворобою (ГХ) при різних варіантах комбінованої антигіпертензивної терапії.

Матеріали і методи: обстежено 124 стаціонарних пацієнта (59 жінок і 65 чоловіків) у віці від 41 до 59 років (середній вік – $(53,7 \pm 1,9)$ років) з ГХ II стадії та 1-2 ступенем підвищення АТ у поєднанні з ЦД 2 типу.

Результат: встановлено, що незалежно від варіанту комбінації антигіпертензивних засобів фенотип дисліпідемії (ДЛП), притаманний ЦД 2 типу, впливав на зниження діастолічного артеріального тиску (ДАТ) ($\chi^2=14,709$; $p=0,04$). Статинотерапія в усіх групах пацієнтів незалежно від комбінації антигіпертензивних препаратів впливала на зниження систолічного артеріального тиску (САТ) ($\chi^2=6,991$; $p=0,02$). Двотижневе приймання комбінації ангіотензин-перетворюючого ферменту+антагоністу кальцію (ІАПФ+АК) сприяло вірогідному зниженню САТ і ДАТ у хворих на ЦД 2 типу відповідно на 23,7 % і 16,6 % ($p<0,001$). При цьому на ефективність зниження ДАТ впливав вміст холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) в сироватці крові ($\chi^2=8,220$; $p=0,042$). Впливу ліпідних чинників на ефективність зниження САТ не виявлено. Пацієнти, які упродовж двох тижнів приймали комбінацію блокатор рецепторів до ангіотензину II (БРАП)+АК, зниження САТ наприкінці лікування спостерігалось на 23,3 % ($p<0,001$) і ДАТ на 14,1 % ($p=0,003$), відповідно. На зниження САТ впливали такі параметри ліпідного спектра крові, як загальний холестерин (ЗХС) ($\chi^2=8,073$; $p=0,045$) і величина коефіцієнт атерогенності (КА) ($\chi^2=7,901$; $p=0,048$).

Висновки: незалежно від варіанту комбінованої антигіпертензивної терапії фенотип ДЛП, притаманний ЦД 2 типу, впливає на ефективність зниження ДАТ, а статинотерапія – на ефективність зниження САТ; визначення впливу ліпідних чинників на ефективність зниження АТ у хворих на ЦД 2 типу і ГХ може бути використано в оптимізації антигіпертензивної терапії за рахунок диференційованих підходів до корекції порушень ліпідного обміну.

МОРФОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БАРТОНЕЛЬЗОЇ ІНФЕКЦІЇ НИРОК

Чигиринська Н. А., Торяник І. І., Костиця І. А.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківський національний медичний університет МОЗ України,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

Бартонельозна інфекція нирок малодосліджений клініко-морфологічний аспект сучасної інфектології. Проте, він давно перетнув межі галузі охорони здоров'я, перетворившись у гостру медико-соціальну проблему. Нирки як орган високого функціонального навантаження специфічно реагують на вплив збудників та відповідають розвитком певних морфологічних змін. Стратегія останніх за умов виникнення бартонельозної інфекції містить цілу низку питань. У роботі вивчали структурно-функціональні зміни у нирках нелінійних мишей за умов розвитку експериментальної бартонельозної інфекції. **З метою** отримання об'єктивних результатів застосовували комплекс морфологічних методів дослідження (макромікроскопічний аналіз, вивчали гістологічні зрізи, проводили ультрамікроскопію). Виготовлення гістологічних зрізів орієнтувалось на стандартні алгоритми (вилучення шматочків органу, фіксування у 12 % формаліні, постфіксування, зневоднення, заливка у целоїдин або парафін, виготовлення зрізів, забарвлення). Аналіз гістологічних препаратів відбувався у світлооптичному мікроскопі ЛОМО, С-Петербург, РФ зі збільшеннями $\times 200$; $\times 400$; $\times 600$; $\times 1000$. Ультрамікроскопічні зрізи виготовляли за схемою, де фіксування препаратів здійснювали у глутаровому альдегіді, піддавали постфіксації осмієм, зневоднювали, заливали у епон-аралдіт. Зрізи, отримані на ультрамікротомі, аналізували у електронному мікроскопі «Olympus», Японія. У результаті дослідження було встановлено, що морфологічні зміни полягали у розвитку характерних запальних реакцій, дистрофічних змін. Макромікроскопічно: нирки типової форми, дещо збільшені у розмірах та топографії. Син-, вазотопія асиметрична показникам контролю за рахунок гіперпластичних процесів. Органи щільної консистенції, коричневого кольору, гнилісний запах відсутній. Поверхня гладка, блискуча, слизька, без дефектів. Капсула цілісна, фіброзна оболонка (фасція) набрякла, щільна, потовщена. На зрізі коркова та мозкова речовина диференційовані, проте, їхня межа не чітка. Колагенова тканина, еластичні волокна капсули набрякла, крихкотлива. Капіляри з ознаками деструкції стінок (розшарувань, десквамацій). Спостерігався діapedез еритроцитів у паравазальний простір. Навколо зосереджені осередки крововиливів з тенденцією до генералізації. У окремих препаратах спостерігали вогнища інфільтрації лімфо-лейкоцитарного характеру. Проліферація відбувалась за рахунок лімфоїдного компоненту, позначалась набуханням окремих структур *pelvis renalis*, збільшенням товщі їхніх стінок, розширенням межі останніх. Ультрамікроскопічно: ознаки некролізу, тромботичні явища, стази. Цитоплазма епітеліальних клітин просвітлена, ядра утримують гетерохроматин.

МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЗМІН У ПЕЧІНЦІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЕРЛІХІОЗІ

Чигиринська Н. А., Торяник І. І., Костиця І. А., Похил С. В.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківський національний медичний університет МОЗ України,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,*

У роботі представлені матеріали, що стосуються морфологічної оцінки перебігу експериментальної ерліхіозної інфекції з печінковим синдромом. У відповідності до макро-мікроскопічного аналізу препаратів печінки, взятих від тварин (нелінійних білих мишей) з ерліхіозною інфекцією, встановлено структурно-функціональну цілісність органу, відносну збереженість його поверхневої архітектоники, виразність біомеханічних властивостей. Вивчення анатомо-топографічної специфіки печінки продемонструвало наявність суттєвих змін у скелето-, син-, голо-, вазотопії органу, що пояснювалось розвитком гепато-спленомегалії у піддослідних тварин експериментальної групи. За біомеханічними ознаками орган був щільної консистенції, твердий, однак без звичної пружності, гладкий на дотик, тьмяний, поліморфного забарвлення (від коричнево-червоного до сіро-червоного кольору). На поперековому зрізі макроскопічна будова печінки чітка, без характерних порушень, капсула та паренхіма добре визначені, без перфорацій та дефектів. Судини органу, жовчні протоки спалі, подекуди утримують згустки крові та конгломерати жовчі. Гістологічно: капсула цілісна, без розладів цито- та ретикулоархітектоники, субкапсулярних вогнищ кальцинозу, некрозу, геморагій. Сполучнотканинна строма долучала колагенові та ретикулярні волокна, набухлі, з ознаками набряку, розволокнення та розшарувань. Забарвлення останніх неоднорідне, в окремих випадках гіпсохромне, мозаїчне. Субкапсулярний простір містив локальні вогнища альтеративних запалень, що супроводжувались типовими для зазначеного феномену лейкоцитарною інфільтрацією, проліферативними реакціями паренхіматозного лімфоїдного компоненту. Паренхіма печінки за структурою неоднорідна, візуалізована. Забарвлення у певних випадках нагадує «шахівницю», в якій ділянки гіперхромії змінюються гіпохромністю. Печінкові триади скаладаються із спалих печінкових вен, артерій та ексцентрично розташованих жовчних протоків. У отворах зазначених структур пристінкові тромби, мілкі конгломерати жовчі, що відіграють роль емболів, утруднюючи обіг жовчі.

Ультрамікроскопічно: цитологічний спектр печінки за одноманітний (гепатоцити, клітини Іта). Клітини (гепатоцити) з ознаками балонної, жирової дистрофії, вакуолізації цитоплазми, набухання її основних компонентів. У деяких випадках спостерігаються деструкція, некроз з подальшим лізосом цитоплазматичних структур. Ядерно-цитоплазматичне співвідношення змінене на користь ядра; пікноз, каріорексис. У окремих ділянках органу спостерігається аутолітичний некроліз.

СТАН АНТИГЕРПЕСВІРУСНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ

Чумак А. А., Носач О. В., Плєскач О. Я.

ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН", м. Київ

Герпесвірусні інфекції (ГВІ), основною особливістю яких є схильність до персистенції, належать до переліку чинників, що можуть викликати пошкодження печінки шляхом ініціювання запального процесу безпосередньо або сприяти розвитку запалення при різноманітних імунодефіцитних станах. Це характерно для патологічних процесів в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської аварії (УЛНА), особливістю яких є поліорганистність на тлі різноманітних метаболічних змін, імуноної дисфункції та ендотоксикозу.

З метою оцінки стану антигерпесвірусного імунітету в УЛНА, які хворіють на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), було проведено визначення маркерів хронічного перебігу ГВІ.

Досліджено проби крові 31 УЛНА чоловічої статі з НАСГ віком $(58,6 \pm 2,1)$ років з дозами зовнішнього опромінення у діапазоні 10-580 мЗв.

В якості маркерів ГВІ використовувався рівень вмісту в крові антитіл класу імуноглобулінів G до вірусів простого герпесу 1 та 2 типів (anti-HSV-1 / 2 IgG), цитомегаловірусу (anti-CMV IgG), вірусу Епштейна-Барр (anti-EBV IgG) – антитіла до ядерного антигену вірусу (anti-EBV NA IgG) та до раннього антигену вірусу (anti-EBV EA IgG), що визначалися імуноферментним методом.

Встановлено, що серед обстежених, не було жодного без ознак персистенції ГВІ, при цьому у 25 хворих (окрім одного хворого з наявністю anti-EBV NA IgG та anti-EBV EA IgG та одного хворого з наявністю anti-HSV-1 / 2 IgG, anti-EBV NA IgG та anti-EBV EA IgG), спостерігалася мікст-інфекція вірусів простого герпесу 1 та 2 типів, цитомегаловірусу, вірусу Епштейна-Барр (у чотирьох хворих не проводилося визначення антитіл до вірусу Епштейна-Барр).

Зважаючи на можливість взаємовпливу герпесвірусів різних типів, проаналізовано наявність кореляційних зв'язків між anti-HSV-1/2 IgG, anti-CMV IgG та anti-EBV IgG. З'ясовано, що у серопозитивних хворих з персистуючою мікст-інфекцією вірусів простого герпесу 1 та 2 типів, цитомегаловірусу та вірусу Епштейна-Барр існує позитивний кореляційний зв'язок між anti-HSV-1 / 2 IgG і anti-CMV IgG зі значенням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (r_s) 0,383 ($p = 0,040$) та між anti-EBV NA IgG і anti-EBV EA IgG ($r_s = 0,584$, $p = 0,002$).

Таким чином, при курації хворих на НАСГ слід враховувати існування потенційного ризику безпосереднього ураження печінки персистуючою ГВІ, особливо при застосуванні гепатотоксичних засобів для лікування коморбідної патології.

РОЛЬ sCD40L У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Шапаренко О. В.

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології, Україна

Рівень смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні за останні десятиріччя збільшився майже у половину і дорівнює 65% серед усіх причин смертності. До основних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань та їх ускладнень відносять артеріальну гіпертензію (АГ), ожиріння, паління, гіподинамію, порушення ліпідного обміну та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Таким чином, дослідження sCD40L на тлі метаболічних порушень, як патогенетичного фактору АГ та ЦД 2 типу, а також розробка нових методів діагностики є актуальними на сьогоднішній день.

Мета – визначити роль sCD40L у формуванні інсулінорезистентності у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Було проведено комплексне дослідження 60 хворих на АГ, що перебували на стаціонарному лікуванні у інфарктному та кардіологічному відділеннях Харківської міської клінічної лікарні №27. Всі хворі на АГ були розподілені на 2 групи. До першої увійшли хворі на АГ з ЦД 2 типу (n=40), до другої – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n=20). Середній вік першої групи склав $65,55 \pm 1,08$ років, другої – $64,97 \pm 1,98$ роки.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що рівень sCD40L був достовірно значно вищий у хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу, ніж без нього та у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,001$). У хворих на АГ та ЦД 2 типу відбувалось зростання рівня sCD40L відповідно збільшенню інсулінорезистентності. За результатами проведених досліджень систему CD40-CD40L можна розглядати, як універсальну ланку патогенезу, що поєднує імунозапальні порушення, гіперглікемію та судинні ускладнення ЦД 2 типу. Аналіз кореляційних зв'язків між показниками вуглеводного обміну та sCD40L виявив наявність прямої залежності з рівнем HbA_{1c} ($p < 0,05$, $r = 0,65$). sCD40L позитивно корелював з рівнем загального холестерину ($p < 0,05$, $r = 0,28$), тригліцеридів ($p < 0,05$, $r = 0,41$), ліпопротеїдів дуже низької щільності ($p < 0,05$, $r = 0,24$) та негативно – з коефіцієнтом атерогеності ($p < 0,05$, $r = -0,50$). Серед усіх показників, що вивчалися, найбільшу чутливість у прогнозуванні серцево-судинних ускладнень мали sCD40L та HbA_{1c} , тому ми можемо стверджувати, що ці показники є маркерами серцево-судинного ризику.

Отже, було встановлено значення sCD40L як універсальної ланки патогенезу, що поєднує аутоімунне запалення, гіперглікемію та судинні ускладнення ЦД 2 типу у хворих на АГ. Визначено вплив sCD40L на формування інсулінорезистентності та ЦД 2 типу у хворих на АГ. Отримані кореляційні зв'язки показали пряму залежність між показниками ліпідного та вуглеводного обмінів з sCD40L у хворих на ЦД 2 типу та АГ.

ВПЛИВ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Шаповал О. А., Яцишин Р. І., Вишиванюк В. Ю., Скробач Н. В.,
Петрина В. О., Попадинець І. Р., Штефюк Т. І.

Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Є. М. Нейка ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Мета дослідження – оцінити зміни ендогенної інтоксикації у хворих на цироз печінки (ЦП) під впливом запропонованої схеми лікування, шляхом дослідження рівня бактеріального ендотоксину та оцінки детоксикаційної функції печінки.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 105 хворих на цироз печінки (ЦП): 14 жінок (13,3%) та 91 чоловік (86,7%). Вік хворих коливався від 34 до 64 років, у середньому становив – $(47,7 \pm 0,82)$ роки. За Child-Pugh було 63,8% (67) хворих у стадії В та 36,2% (38) – стадії А. Вираженість ендогенної інтоксикації оцінювали за рівнями бактеріального ендотоксину та визначали детоксикаційну функцію печінки за допомогою ^{13}C -метацитинового дихального тесту (^{13}C -МДТ).

У залежності від схеми лікування пацієнти були розподілені на 4 групи: хворі I (26 осіб) групи отримували базисну терапію (БТ) у стандартних дозах, II (26 осіб) групи – поряд із БТ отримували антраль по 1 т 3 р/д, III (26 осіб) групи – БТ та лактувіт у дозі 15 мл 3 р/д та хворі IV (27 осіб) групи – БТ + антраль та лактувіт у вище зазначених дозах.

Результати. У обстежених пацієнтів встановлено зворотній сильний зв'язок між бактеріальним ендотоксином та показником детоксикаційної функції печінки ($r = -0,85$, $p < 0,05$). Після проведеного лікування у пацієнтів I групи рівень бактеріального ендотоксину зменшився на 12,%, у хворих II групи – на 26,3%, III групи – на 49,1% у порівнянні з рівнем до лікування. Найкращий ефект виявлено у хворих IV групи: відмічено зменшення показника на 59,2%: $(32,08 \pm 0,64)$ пг/мл після лікування, проти $(78,54 \pm 2,52)$ пг/мл до лікування ($p < 0,05$).

За результатами ^{13}C -МДТ зафіксовано, що у пацієнтів, які отримували БТ показники сумарної концентрації $^{13}\text{CO}_2$ після лікування достовірно не відрізнялися від даного показника до лікування. Натомість у хворих II групи середній показник ^{13}C -МДТ збільшився у 1,27 рази, а у пацієнтів III групи – у 1,12 рази. Причому, найкращий ефект виявлено у хворих IV групи, які приймали схему лікування зі застосуванням антралю та лактувіту – відмічено збільшення показника у 1,57 рази $(12,75 \pm 0,27)\%$ після лікування, проти $(8,17 \pm 0,21)\%$ до лікування.

Висновок. Терапевтичний вплив на різні ланки патогенезу, шляхом застосування пребіотику лактувіту на фоні гепатопротектора антралю, знижує інтенсивність ендогенної інтоксикації, дозволяє досягти стабілізації процесу та запобігти подальшому прогресуванню.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИШЕМИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Шелест А. Н., Мартовицкий Д. В., Мищенко С. Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: выявить основные причины возникновения повторной ишемии у пациентов перенесших реваскуляризацию миокарда.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 55 больных, поступивших в инфарктное отделение ХГКБ №27 с острым коронарным синдромом после проведенной реваскуляризации миокарда в анамнезе. Среди пациентов было 5 женщин, средний возраст которых составил 63 года и 50 мужчин, средний возраст которых составил 54,5 лет. Аортокоронарное шунтирование в анамнезе у 24 пациентов (43,6%), чрезкожное коронарное вмешательство – у 31 пациента (56,4%). Из заболеваний в анамнезе: инфаркт миокарда у 53 (96,4%) больных, артериальная гипертензия у 51 (92,7%) больного, отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца (ИБС) наблюдалась у 39 (70,1%) больных, нарушение липидного обмена у 25 (45,5%) больных, избыточная масса тела у 46 (83,6%) больных, сахарный диабет у 8 (14,5%) больных, курение у 44 (80%) больных. Проводились следующие исследования: общий анализ крови, биохимические анализы крови, электрокардиография (ЭКГ) в динамике, эхокардиография (ЭхоКГ). Оценивались сроки повторного появления клиники ишемии миокарда, адекватность антиагрегантной терапии, рациональность и придерживание больными данных рекомендаций.

Результаты. На основании проведенных исследований 13 (23,6%) пациентам выставлен повторный инфаркт миокарда. Клиника ИБС у исследуемых пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, возобновилась в среднем через 3 года 4 месяца, при этом у 5 (20,8%) больных наблюдался повторный инфаркт миокарда. У пациентов перенесших чрезкожное коронарное вмешательство клиника ишемии миокарда возобновилась в среднем через 1 год 9 месяцев, при этом у 8 (25,8%) больных развился повторный инфаркт миокарда.

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

ДІЯ РИТМІЧНИХ ХОЛОДОВИХ ВПЛИВІВ (-1200С) НА СТАН НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ

Шило О. В., Ломако В. В., Бабійчук Г. О.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицині НАН України, Харків

Мета роботи – вивчення морфо-функціонального стану надниркових залоз (НЗ) молодих щурів після дії ритмічного екстремального холододового (-120 °С) впливу (РЕХВ).

Роботу проведено на білих щурах самцях (6-7 міс) з дотриманням всіх біотичних норм. РЕХВ ненаркотизованим щурам здійснювали в кріокамері для екстремального охолодження дрібних лабораторних тварин протягом 90 с раз на добу (3 сеанси). Після декапітації у тварин видаляли НЗ, за допомогою кріомікротому SLEE Mainz Cryostat (Німеччина) при температурі -27°С отримували зрізи НЗ товщиною 6-12 мкм. Світлооптичні дослідження і морфометричний аналіз проводили за допомогою універсального мікроскопа «AmScope IN300T-FL» (Китай). Мікрофотографії отримували з використанням цифрової фотокамери «Tucsen TCC-50ICE» (Китай). Для вимірювання морфологічних показників фотографії зрізів переводили в електронний вигляд і обробляли в програмах AimImageExaminer (Carl Zeiss MicroImaging, Німеччина) та Excel (Microsoft, США). Програма автоматично обчислює розмір виділеної площі в мкм². Надалі проводилося обчислення площі коркового шару НЗ і відношення площі коркового шару до площі мозкового в програмі Excel.

Відомо, що дія стресу помітно позначається на масах тіла і НЗ, коли відбувається уповільнення темпів росту маси тіла і збільшення маси залоз (в основному за рахунок зростання обсягу пучкової зони коркового шару). У наших експериментах значущої зміни маси тіла після РЕХВ виявлено не було, а в НЗ розвивалася значна прохідна гіпертрофія. Абсолютні значення маси НЗ зростали у міру збільшення кількості сеансів РЕХВ, змінювалися обсяги коркового і мозкового шарів. В ході аналізу напівтонких зрізів НЗ було відзначено значуще збільшення загальної площі залоз після 3-го сеансу РЕХВ, величина якої знижувалася через 24 год. після впливу; площа коркової зони залишалася збільшеною, а площа мозкового шару – зменшеною. Співвідношення площі коркового шару до мозкового шару зростало через 24 год. після 3-го сеансу РЕХВ.

Таким чином, РЕХВ (-120°С) приводила до збільшення маси НЗ у щурів, а через тиждень досягала контрольного рівня. При цьому відзначалося збільшення загальної площі НЗ та площі мозкового і коркового шарів, а через 24 год. в НЗ спостерігалось зменшення площі мозкового шару на тлі збільшення частки коркового шару. Збільшення частки коркового шару, ймовірно, пов'язано з активацією нейроендокринної осі регуляції функції надниркових залоз і посиленням продукції адренокортикотропного гормону.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ

Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.

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

Мета – вивчити вплив складових метаболічного синдрому (МС) на якість життя (ЯЖ) пацієнтів з коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено ($n = 95$) хворих (35 (36,8 %) чоловіків та 60 (63,2 %) жінок) з абдомінальним ожирінням (АО) у яких діагностовано ГХ II – III стадії, артеріальну гіпертензію (АГ) а також наявності коморбідної патології. Діагностику компонентів МС здійснювали згідно критеріїв Міжнародної федерації по вивченню діабету (IDF, 2005). ЯЖ вивчалась за результатами заповнення анкети SF-36. Кількісно оцінювали вісім показників, які формують два загальних показники: «фізичний компонент здоров'я» (ФКЗ) та «психологічний компонент здоров'я» (ПКЗ).

Результати. Більш низькі показники ЯЖ спостерігались у пацієнтів з ожирінням II та III ступеню і різним поєднанням компонентів МС. У цієї категорії пацієнтів спостерігалися труднощі при виконанні важких та помірних навантажень. ЯЖ хворих з ожирінням III ступеню була вірогідно нижчою за такими шкалами, як – «фізичне функціонування» на 8,54 %, «рольове обмеження пов'язане з фізичним станом» на 7,32 %, «загальний стан здоров'я» на 9,53 %, «соціальне функціонування» на 6,74 %, «психічне здоров'я» на 11,67 % ($p < 0,05$), в порівнянні з ЯЖ хворих з ожирінням I ступеню. Пацієнти, які мали ожиріння (в основному II і III ступеню) достовірно частіше оцінювали своє здоров'я, як погане і відчували себе більш схильними до захворювань. Навпаки, пацієнти з нормальною та надлишковою масою тіла оцінювали своє здоров'я як добре. Пацієнти з ожирінням II і III ступеню частіше відчували фізичний біль, який знижував здатність повсякденної діяльності, включаючи роботу по дому. Тому вираженість больового синдрому негативно впливала на показники ЯЖ у пацієнтів II і III ступеню ожиріння (ІБ – $40,7 \pm 2,34$) та ІБ – ($32,4 \pm 4,35$), відповідно). Зниження загального фізичного компонента ЯЖ було пов'язано з труднощами при виконанні помірних повсякденних фізичних навантажень та з порушеннями переміщення. Пацієнти з ожирінням II і III ступенів значно частіше відмічали (в зв'язку з фізичним станом в них) труднощі в повсякденній діяльності, які призводили до скорочення часу та зниженню ефективності роботи.

Висновки. У обстежених пацієнтів на МС та коморбідну патологію виявлене значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за всіма показниками ЯЖ, що приводить до значних обмежень у виконанні повсякденної діяльності, зумовленої як фізичним, так і психічним станом (рольове функціонування).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТНОГО СООТНОШЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ АБЛАЦИИ

Штельмах В. А., Брынза М. С., *Волков Д. Е.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,

**ГУ "ИОНХ НАМНУ", г. Харьков, Украина*

Цель работы: исследование частотного соотношения фибрилляции предсердий (ФП) и трепетания предсердий (ТП) у пациентов, подвергшихся радиочастотной аблации (РЧА).

Материалы и методы: на базе ГУ "ИОНХ НАМНУ" обследовано 90 человек (39 женщин и 51 мужчина) в возрасте 25-82 лет с ФП, ТП или фибрилляцией-трепетанием предсердий (ФП-ТП). Пациенты делились на 2 группы: к первой группе относились пациенты без артериальной гипертензии (АГ), ко второй – пациенты с АГ.

Результаты: в первой группе (34% пациентов) ФП наблюдалась у 35% пациентов, ТП – у 34% пациентов, ФП-ТП – у 38% пациентов. Во второй группе (66% пациентов) ФП наблюдалась у 65% пациентов, ТП – у 66% пациентов, ФП-ТП – у 63% пациентов. В первой группе пациентов формы ФП распределились следующим образом: у 29% пациентов наблюдалась пароксизмальная форма ФП, у 67% пациентов была персистирующая форма ФП, у 4% пациентов определялась постоянная форма ФП. Распределение форм ТП у пациентов первой группы было таким: у 22% пациентов наблюдалась пароксизмальная форма ТП и у 78% пациентов – персистирующая форма ТП. Во второй группе пациентов формы ФП распределились таким образом: у 32% пациентов наблюдалась пароксизмальная форма ФП, у 57% пациентов персистирующая форма ФП, у 11% пациентов – постоянная форма ФП. Распределение форм ТП у пациентов второй группы было таким: у 17% пациентов наблюдалась пароксизмальная форма ТП, у 80% – персистирующая форма ТП и у 3% пациента наблюдалась длительно персистирующая форма ТП.

Выводы. В нашем исследовании в обеих группах пациентов, как с ФП, так и ТП, преобладала персистирующая форма аритмии. В обеих группах превалировал 3 класс EHRA до кардиоверсии, в связи с чем, для улучшения прогноза, а также качества жизни, пациентам проводилась РЧА.

ЗМІНИ РІВНЯ У ПЛАЗМІ КРОВІ РОЗЧИННИХ МОЛЕКУЛ CD95 У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З ВТОРИННИМ СИНДРОМОМ РЕЙНО

Штефюк О. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи: вивчити зміни у плазмі крові рівня розчинних молекул CD95 (sCD95) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) та РА у поєднанні з синдромом Рейно (СР).

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 32 хворих на РА. У 15 хворих був діагностований вторинний СР. Вік хворих коливався від 20 до 65 років, тривалість хвороби від 2 до 18 років. Серед обстежених переважали жінки – 26 осіб. Усіх хворих було розділено на 2 групи: I група – 17 хворих на РА, а II група – 15 хворих на РА з вторинним СР. Усім хворим у плазмі крові визначали титр sCD95, антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину (аМСV), фактору некрозу пухлин- α (TNF- α), ревматоїдного фактору (РФ) та С-реактивного білка (СРБ).

Результати дослідження. Було встановлено, що у пацієнтів II групи титр sCD95 був достовірно вищим на 18,3 % ніж у хворих I групи ($p > 0,05$). Рівень sCD95 у пацієнтів з високим ступенем активності РА був достовірно вищим ніж у хворих з середнім та низьким ступенем активності. У II групі хворих рівень аМСV мав прямопропорційний середньої сили достовірний кореляційний взаємозв'язок із титром sCD95 ($p > 0,05$, $r = 0,41$). Встановлено відсутність залежності тривалості РА та титру sCD95 у плазмі крові. Виявлено прямопропорційний середньої сили достовірний кореляційний взаємозв'язок між титром TNF- α та sCD95 ($p > 0,05$, $r = 0,57$). У хворих із серопозитивним РА титр sCD95 був достовірно ($p > 0,05$) вищим, ніж у хворих з серонегативним РА.

Висновки. Оцінка рівню sCD95 може бути використана в якості додаткового діагностичного та прогностичного критерія важкості РА та РА у поєднанні з СР.

ВИКОРИСТАННЯ СТРОНЦІЮ РАНЕЛАТУ У КОРЕКЦІЇ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ З ВТОРИННИМ СИНДРОМОМ РЕЙНО

Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В., Сандурська Я. В.,
Дрогомерецька О. І., Левчук М. І., Штефюк Т. І., Соколовський В. В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи: вивчення особливостей перебігу остеопенічного синдрому у хворих на ревматоїдний артрит (РА) з вторинним синдромом Рейно (СР) та ефективність його корекції за допомогою стронцію ранелату.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 42 хворих на РА з вторинним СР. Вік хворих коливався від 21 до 67 років, тривалість хвороби від 3 до 17 років. Серед обстежених переважали жінки – 31 осіб. Усіх хворих було розділено на 2 групи: I група – 21 хворих на РА з вторинним СР, що отримували базисну терапію (метотрексат 10-15 мг/тиж.) та за наявності ознак остеопенії чи остеопорозу препарати кальцію; II група – 20 хворих на РА з СР, які отримували базисну терапію та за наявності остеопенії чи остеопорозу стронцію ранелат і препарати кальцію. Для об'єктивізації отриманих даних окрім загальноклінічних, ми вивчали клініко-функціональні показники (DAS-28, шкала HAQ, больовий, суглобовий та запальний індекси), оцінювали мінеральну щільність кісткової тканини методом двофотонної денситометрії. Моніторинг отриманих даних здійснювали до лікування та через 6 міс. після початку лікування.

Результати дослідження. У обстежуваних хворих зі збільшенням стажу хвороби наростали ознаки деструкції кісткової тканини (ознаки остеопорозу чи остеопенії були у 37 хворих), спостерігався більш виражений больовий, запальний та суглобовий синдром. Індекси DAS-28 та HAQ мають прямопропорційний достовірний кореляційний взаємозв'язок з T-критерієм (денситометричний показник). Це свідчить про те, що висока активність захворювання асоціюється з більшим ризиком розвитку остеопенії та остеопорозу. Через 12 місяців після початку лікування у пацієнтів II групи показники остеоремодуляції були більш вираженими, ніж у I групі, що свідчить про високу ефективність стронцію ранелат у комплексній терапії остеопенічного синдрому у хворих на РА з вторинним СР.

Висновки. Денситометричні показники дозволяють верифікувати ранні зміни кісткової тканини при відсутності клінічної симптоматики остеопенії чи остеопорозу. Стронцію ранелат у поєднанні з препаратами кальцію є ефективним у корекції остеопенії та остеопорозу у хворих на РА з вторинним СР.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ РІЗЕНДРОНАТУ НА ПРОЦЕСИ ОСТЕОРЕМОДУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ

**Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Левчук М. І., Курилів Г. М.,
Шаповал О. А., Буграк Т. В., Штефюк Т. І.**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи: оцінити ефективність впливу різендронату на процеси остеоремодуляції у хворих на псоріатичний артрит.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети нами обстежено 38 хворих на ПсА. Вік хворих коливався від 26 до 64 років, з тривалістю хвороби від 1 до 11 років. Серед обстежених переважали жінки – 28 осіб. Для об'єктивізації отриманих даних окрім загально-клінічних, ми вивчали клініко-функціональні показники (шкала SF-36, Стенфордський опитник, функціональні індекси), оцінювали мінеральну щільність кістки методом двофотонної денситометрії (ознаки остеопорозу чи остеопенії у 32 хворих) та визначали вміст ФНП- α , ІЛ-1, ІЛ-10 та ІЛ-13 у сироватці крові. Для досягнення поставленої мети ми розділили усіх хворих на 2 групи в залежності від використаної терапії: 1 група (19 хворих на ПсА) – отримували базисну терапію при ПсА; 2 група (19 хворих на ПсА) – отримували базисну терапію ПсА у поєднанні з препаратом «Різендрос». Моніторинг отриманих даних здійснювали до лікування та через 12 міс. після початку лікування.

Результати дослідження. У обстежуваних хворих зі збільшенням стажу хвороби наростали ознаки деструкції хрящової і кісткової тканин, спостерігався більш виражений больовий синдром. Денситометричні показники дозволяють верифікувати ранні зміни кісткової тканини при відсутності клінічної симптоматики остеопенії чи остеопорозу. Рівень прозапальних цитокінів (ІЛ-1, ФНП- α) корелює із вираженістю остеопенії у обстежених пацієнтів. Натомість рівні ІЛ-10, ІЛ-13 зменшується при зменшенні кісткової маси у хворих на ПсА.

Через 12 місяців після початку лікування у пацієнтів II групи показники остеоремодуляції були більш вираженими, ніж у I групі, що свідчить про високу ефективність різендронату у комплексній терапії остеопенічного синдрому у хворих на ПсА.

Висновки.

1. Провівши моніторинг отриманих даних ми прийшли до висновку, що використання базисної терапії разом з препаратом «Різендрос» (по 1 таб. [35 мг] 1р/тиж.) позитивно впливає на процеси остеоремодуляції у хворих на ПсА.

2. У комплексній терапії остеопенічного синдрому у хворих на ПсА різендронат необхідно поєднувати з препаратами кальцію для досягнення кращого остеоремодуляційного ефекту.

OPTIMIZING THE DIAGNOSIS AND MEDICAL PREVENTION OF PROGRESSION OF RESPIRATORY EXTRAESOPHAGEAL SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN ELDERLY PATIENTS

Shuper V. A., Shuper S.V., Reva T. V.

The higher state educational institution of Ukraine

"Bukovinian state medical University", Chernivtsi, Ukraine

The aim of the work. Using the modified GERD questionnaire (MGERD-Q) to study the prevalence of respiratory extraesophageal symptoms (REES) of GERD in elderly patients and to evaluate the effectiveness of drug prevention of their progression.

Materials and methods. The study was conducted through standard examination, EFGDS and spirometry. Typical and REES GERD were verified with MGERD-Q (10 questions 0-3 points for each). The next questions added: How often do You experience hoarseness, cough (at night or after eating)? How often do You feel the increase of throat mucus production? How often do You feel expiratory dyspnea, especially after a meal? How often do You have nocturnal snoring with breathing pauses? Also patients were asked regarding meal behavior, smoking, drinking coffee, alcohol. With the help of MGERD-Q the efficacy of antisecretory therapy with PPI omeprazole 40 mg/d for typical and REES GERD after 7 days and 1 month of starting treatment was assessed.

The results of the study. The study included 60 patients with typical complaints of GERD (65.5 ± 7.4 years). In 75% of patients revealed the presence of REES GERD (25% - "lower" type, 50% - "upper"). EFGDS revealed GERD without esophagitis in 73.3% of patients with REES GERD, with esophagitis I – II stage – in 26.7% of patients. Signs of broncho-obstructive syndrome (BOS) according to the spirometry were found in 18,2% of patients with GERD without esophagitis and in 44,5% of patients with GERD and esophagitis. The severity of the BOS was directly correlated with the duration of GERD, presence of harmful habits. According to the results obtained in MGERD-Q, the average sum of the scores in patients with REES GERD without esophagitis was 17.5, and in patients with REES GERD and esophagitis – 19.8. Evaluation of treatment results by the MGERD-Q revealed a significant positive trend in the decrease of the scores after 1 week to 11.6 in patients with REES GERD without esophagitis and to 14.3 in patients with REES GERD and esophagitis. After 4 weeks the total score on MGERD-Q was 4.5 and 6.7, respectively.

Conclusions. In elderly patients the frequency of REES GERD is increased in comparing with the general population. The severity of GERD REES ("lower" type, BOS) correlates with the progression of GERD, the development of esophagitis, unhealthy lifestyle. Treatment with omeprazole for 4 weeks was effective in all patients according to MGERD-Q. Given the incomplete disappearance of REES GERD, it was recommended to continue the antysecretory therapy until 8 weeks and modification of lifestyle.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗИЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Украина*

Цель исследования – изучить антигипертензивный, метаболический эффекты и переносимость блокатора рецепторов к ангиотензину II азилсартана.

Материалы и методы исследования. Обследовано 36 больных (20 женщин, 16 мужчин) с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 25 до 50 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 10 лет. Азилсартан назначали в начальной дозе 20 мг один раз в сутки с постепенным увеличением дозы каждые 2 недели до 40 мг больным с мягкой АГ и до 80 мг больным с умеренной АГ. До начала лечения больным за 5 дней отменяли гипотензивные препараты, а в случае острой необходимости пациентам рекомендовали использовать 10 мг коринфара под язык. Длительность наблюдения составляла около 12 недель. До и после лечения проводили суточное мониторирование АД, УЗИ сердца и почек, регистрировали электрокардиограммы в динамике, определяли показатели биохимического профиля.

Результаты исследования. По данным суточного мониторирования АД 12-недельная терапия азилсартаном у 80% больных АГ обеспечивает стабильный гипотензивный эффект в течение 24 часов, оказывает корригирующее влияние на суточный профиль АД, достоверно снижает среднесуточный уровень САД, ДАД, вариабельность АД. По данным ЭКГ после лечения азилсартаном на протяжении 12 недель масса и индекс массы левого желудочка достоверно не изменялись, но происходило улучшение сократительной функции миокарда левого желудочка, что подтверждается увеличением скорости укорочения циркуляторных волокон миокарда и степени укорочения передне-заднего размера сердца в систолу. В процессе лечения азилсартаном по мере снижения АД у больных прекращались головные боли, головокружения, улучшался сон, реже возникали приступы стенокардии. При этом, по данным ЭКГ, уменьшалась депрессия сегмента S-T и инверсия зубца T, а частота сердечных сокращений существенно не изменялась.

Выводы. Азилсартан обладает высокой антигипертензивной активностью с хорошей переносимостью. Препарат можно рекомендовать для широкого использования в лечении больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией.

ПРИМЕНЕНИЕ АДЕНУРИКА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Украина*

Цель исследования – изучить терапевтическую эффективность и безопасность применения аденурика (фебуксистата) у больных артериальной гипертензией и гиперурикемией, и оценить его влияние на действие гипотензивных и гиполипидемических препаратов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 36 больных (20 женщин, 16 мужчин) с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 33 до 65 лет, у которых была диагностирована гиперурикемия. Обследование больных включало общеклинические, биохимические методы, регистрировали суточное мониторирование АД, УЗИ сердца и почек, электрокардиограммы в динамике, определяли суточную экскрецию мочевой кислоты в моче. Лечение больных АГ проводили вальсакором 160 мг/сут, амлодипином 10 мг/сут, аторвастатином 40 мг/сут. Аденурик назначали в дозе 80 мг/сут. Лечение больных начинали в условиях стационара, а затем продолжали в амбулаторных условиях от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования. При изучении исходных биохимических показателей у обследованных больных АГ обнаружено достоверное повышение содержания в крови холестерина ($p < 0,001$), триглицеридов ($p < 0,001$), ЛПНП и ЛПОНП ($p < 0,001$), снижение концентрации ЛПВП ($p < 0,001$), повышение уровня урикемии в среднем до $0,62 \pm 0,03$ ммоль/л ($p < 0,001$) и суточного выделения мочевой кислоты в среднем до $5,2 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,001$). В исходных условиях наблюдали повышение всех показателей, отражающих прессорную нагрузку АД за сутки, а также недостаточное снижение АД в ночные часы.

По данным суточного мониторирования АД, в процессе проведения комплексного лечения АГ, целевой уровень АД был достигнут у 86% пациентов, из них в ночные часы - у 74% и в дневное время – у 82%. Наряду с положительной динамикой уровня АД у больных происходила нормализация показателей липидного обмена, снижалось содержание мочевой кислоты в крови в среднем до $0,25 \pm 0,01$ ммоль/л и ее выделение с мочой в среднем до $3,2 \pm 0,18$ ммоль/л ($p < 0,001$).

Выводы. Аденурик обладает высоким гипоурикемическим действием, потенцирует действие гипотензивных и гиполипидемических препаратов.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Украина*

Цель исследования – изучить терапевтическую эффективность и безопасность пропafenона (пропанорма) при лечении экстрасистолии у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных (14 женщин, 26 мужчин) с ИБС, проявляющейся приступами стенокардии напряжения II и III функционального класса, у которых была диагностирована экстрасистолия III или IV класса по Лауну. Возраст варьировал от 35 до 60 лет. У больных было нормальное АД и отсутствовали клинические проявления недостаточности кровообращения. Обследование больных включало общеклинические, биохимические методы, регистрацию ЭКГ, ЭхоКГ, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ. Лечение желудочковой экстрасистолии у больных ИБС проводили пропafenоном в дозе 150 мг 3 раза в сутки. Кроме того, больные получали кардикет, аторвакор и кардиомагнил. Лечение больных начинали в условиях стационара, а затем продолжали в амбулаторных условиях от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования. До начала лечения пропafenоном, по данным суточного мониторирования ЭКГ, у 18 больных ИБС зарегистрирована частая мономорфная желудочковая экстрасистолия, у 12 больных – полиморфная экстрасистолия и у 10 больных – парная экстрасистолия. Среднечасовое количество желудочковых экстрасистол колебалось от 196 до 320, и составляло в среднем $286,5 \pm 26,4$. На 30-й день лечения пропafenоном ритм сердца нормализовался у 32 из 40 больных экстрасистолией, что составляет 80% от общего количества больных. У 8 (20%) больных исчезли полиморфные и парные экстрасистолы, а среднечасовое количество экстрасистол уменьшилось с $286,5 \pm 26,4$ до $35,8 \pm 12,7$ ($p < 0,001$). Нормализация ритма сердца у большинства больных сопровождалась урежением частоты приступов стенокардии и повышением толерантности к физическим напряжениям. Переносимость больными пропанорма в целом была хорошей, лишь у 4 больных на ЭКГ зарегистрировано увеличение интервала P-Q. После кратковременного перерыва доза пропafenона у этих больных была уменьшена до 300 мг в сутки.

Выводы. Пропафенон является эффективным и безопасным препаратом для лечения экстрасистолии у больных с хроническими формами ИБС.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТОМЕТРИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Ягмур В. Б., Меланич С. Л., Гладун В. Н., Заиченко Н. Г., Попок Д. В.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Цель. Оценить показатели, отображающие фиброз печени у пациентов с алкогольной болезнью печени (АБП) в динамике лечения.

Материалы и методы. В отделении заболеваний печени ГУ «ИГНАМНУ» проходили лечение и обследование 18 пациентов с АБП, поступившие в стадии обострения с явлениями субкомпенсированной печеночной недостаточности. По данным эластограммы больные были распределены на 2 группы, достоверно не отличающиеся по возрасту, полу и частоте сочетанной патологии. Первую группу (1) составили 7 человек с показателями печеночной жесткости (LS), соответствующими степени фиброза F3 и F3-4. Вторая группа (2) включала 11 пациентов с показателями жесткости, которая соответствовала гистологической степени фиброза F4 по Metavir. Измерение LS проводилось с использованием аппарата FibroScan (M probe, Echosens, Paris). Все наблюдавшиеся получали терапию – пентоксифиллин и преднизолон в стандартной дозе. После купирования явлений декомпенсации, пациенты выписывались с рекомендациями полной абстиненции и продолжения терапии с постепенным снижением дозы преднизолона до его полной отмены. Контрольное обследование, включающее измерение LS, проводилось через 3 месяца от начала наблюдения.

Результаты. При контрольном определении эластичности печени наблюдалось достоверное снижение показателей LS как в 1, так и во 2 группе ($p < 0,03$). Показатели жесткости в 1 группе до лечения составили $15,6 \pm 2,5$ кПа, после лечения - $12,7 \pm 2,0$ кПа. Во 2 группе LS составил соответственно $25,6 \pm 4,7$ и $22,3 \pm 4,7$ кПа. Относительно данных морфологической шкалы Metavir степень фиброза снизилась в 1 группе до F2-3 у 3 (42,9%) пациентов, во 2 группе – у 4 (36,4%) до F3-F4.

Выводы. При отсутствии выраженной печеночной недостаточности у больных с АБП наблюдается позитивная динамика показателей эластограммы, что может свидетельствовать об обратимости морфологических изменений в паренхиме печени.

**ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА ПІДСУМКАМИ
РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2016 РІК**

Ярина Н. А.

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

Підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей по терапії з проблем сучасної профілактики, діагностики і лікування неінфекційних захворювань та коморбідної патології є одним з важливих напрямків діяльності ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України». Ця робота проводиться шляхом проведення науково-практичних конференцій, симпозіумів, виїзних Всеукраїнських науково-практичних конференцій «Школи терапевтів імені академіка Л. Т. Малої», «Днів терапевта», «Днів кардіолога», засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів на базі Інституту та наукових семінарів і вебінарів.

У 2016 році співробітниками установи організовано і проведено 17 науково-практичних конференцій (з них 7 вебінарів), 8 «Днів терапевта», 8 «Днів кардіолога», 8 засідань Харківського медичного товариства гастроентерологів, 1 наукову сесію а також проведено 4 виїзні Всеукраїнські науково-практичні конференції «Школи терапевтів імені академіка Л. Т. Малої» в Житомирській, Черкаській, Черновицькій та Рівненській областях за темами: «Стратегії профілактики та раціональної фармакотерапії неінфекційних захворювань»; «Актуальні питання лікування хворих з поєднаною патологією внутрішніх органів»; «Сучасні підходи до профілактики, діагностики та лікування внутрішніх хвороб»; «Нові досягнення в діагностиці, лікуванні і профілактиці терапевтичних захворювань».

У роботі наукових конференцій на базі інституту терапії прийняли участь 1140 наукових співробітників і лікарів практичної охорони здоров'я, симпозіумів – 251, у виїзних Всеукраїнських конференціях – 712 лікарів практичної охорони здоров'я. У роботі «Днів терапевта», «Днів кардіолога» прийняли участь 847 лікарів, на засіданнях Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів – 410,

Усього у 2016 р. підвищили кваліфікацію 3360 науковців і лікарів. Високий професійний рівень доповідей науковців інституту сприяв підвищенню якості знань слухачів.

Вищевикладене свідчить про те, що враховуючи реалії сьогодення, лікарі практичної охорони здоров'я прагнуть до нових знань щодо профілактики, діагностики і лікування неінфекційних захворювань.

ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНОТИПІВ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Опімах С. Г., Полянська М.О.,
Назаренко К. В., Москаленко С. М., Зволь І. В.**

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

Мета дослідження – визначити фенотипи тяжкої бронхіальної астми (БА) на підставі анкетування, клінічних та функціональних методів обстеження на етапі первинної медичної допомоги.

Обстежено 160 хворих на тяжку БА для виявлення серед них пацієнтів з фенотипами тяжкої астми. Усі хворі до обстеження в інституті були під наглядом лікарів первинної ланки закладів охорони здоров'я. Діагноз астми був виставлений відповідно Наказу № 868 МОЗ України від 08.10.2013 р. “Про затвердження та впровадження медико-технічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі”.

Методи дослідження: анкетування, клінічні, рентгенологічні, функціональні (спірометрія), статистичні.

Результати дослідження. На підставі проведеного анкетування та аналізу демографічних, функціональних, клінічних характеристик обстежених пацієнтів, розроблена нова технологія діагностики тяжкої БА на етапі первинної медичної допомоги, суть якої полягає у виявленні хворих з тяжкими клінічними симптомами за опитувальниками (тесту контролю над астмою (АСТ), опитувальника щодо контролю астми АСQ, тесту оцінки ХОЗЛ (САТ) та модифікованої шкали задишки (mMRC)), за індексом $FEV_1/FVC < 70 \%$, приростом FEV_1 в пробі з бронхолітиком $< 12 \%$, відсутністю або недостатньою відповіддю на стандартне лікування БА та додатковим анкетуванням для виявлення супутніх захворювань (алергічного риніту, поліпозного етмоїдиту, атопічного дерматиту, серцево-судинних захворювань, синдрому обструктивного апное-гіпноє сну (СОАГС), гастро-езофагально-рефлюксної хвороби (ГЕРХ), ожиріння та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ)). За даною технологією обстежено 160 хворих на тяжку БА, яким встановлено попередній діагноз: алергічної БА – у 70,0 % пацієнтів (з позитивними алергопробами в анамнезі), неалергічної БА – у 30,0 %, БА з пізнім початком – у 40,6 %, астми поєднаної з ХОЗЛ – у 35,0 %, БА із супутніми захворюваннями (алергічний риніт – у 25,6 %, поліпозний етмоїдит – у 9,4 %, атопічний дерматит – у 0,6 %, серцево-судинні захворювання – у 35,6 %, СОАГС – у 23,1 %, ГЕРХ – у 10,0 %, ожиріння – у 33,1 %).

Висновки: розроблена технологія дозволяє шляхом клініко-функціонального обстеження та додаткового анкетування проводити своєчасне визначення фенотипів тяжкої БА, починаючи з I етапу медичної допомоги, а при необхідності – рекомендувати дообстеження в закладах другого та третього рівнів.

ЗМІСТ

ПРИМЕНЕНИЕ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Исхаков Ш. А., Турдикулова Ш. У.	3
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И БЕСПЛОДИЯ Абдуллаев А. Х., Нурмухамедов А. И., Каримов М. М., Аляви Б. А., Шосаидов Ш. Ш. .	4
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Абдуллаев А. Х., Алиахунова М. Ю., Аляви Б. А., Ачилова Ж. Г.	5
ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ Абдухакимова Н. А., Хатамова Д. Т., Хасанова Х. Д., Ибадова М. У.	6
ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В МОЗГЕ КРЫС ЛИНИИ SHR ПОД ВЛИЯНИЕМ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ КЛЕТОК КОРДОВОЙ КРОВИ Айдарова В. С., Кудокоцева О. В., Ломакин И. И.	7
ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Аль-Травнех Е. В.	8
ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Асанов Э. О., Дыба И. А., Осмак Е. Д.	9
ХРОНІЧНА КРОПИВ'ЯНКА У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА Бабаджан В. Д., Шумова Н. В., Амер Л. Б., Москаленко Л. А.	10
ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ ТА ФАКТОР РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 21 У ПАЦІЄНТІВ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ Бабак О. Я., Лапшина Е. А.	11
РОЛЬ ГЛУТАТИОНА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ КОРДОВОЙ КРОВИ Бабийчук Л. А., Макашова Е. Е., Зубова О. Л., Зубов П. М.	12
УРОВЕНЬ КОНЕЧНЫХ ПРОДУКТОВ NO В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СТАРЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Бабийчук Л. В., Коваль С. Н.	13
ОСОБЛИВОСТІ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ ЛІПІДНОЇ ФРАКЦІЇ СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ Бабій С. О., Кленіна І. А., Діденко В. І.	14
CARBOHYDRATE METABOLISM DEVIATIONS IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND METABOLIC SYNDROME Babu V., Prosolenko K.	15

ВОЗМОЖНОСТИ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛЛИНОЗОМ Бездетко Т. В.	16
ВЛИЯНИЕ АДИПОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛЮКОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р.	17
ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А., Шапошникова Ю. Н.	18
ЦИТОПРОТЕКТОРИ І АНТИОКСИДАНТИ У КОМБІНОВАНИЙ ТЕРАПІЇ КОМОРОБІДНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Біловол О. М., Боброннікова Л. Р., Шалімова А. С.	19
ВПЛИВ ВІКУ НА РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 ТА Р-СЕЛЕКТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Більченко А. О.	20
КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ. НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ Бильченко О. С., Авдеева Е. В., Болокадзе Е. А., Красовская Е. А.	21
О НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Бильченко О. С., Оспанова Т. С., Болокадзе Е. А., Авдеева Е. В., Красовская Е. А., Поликов Г. О.	22
СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ САРКОИДОЗЕ БЕКА Бильченко О. С., Химич Т. Ю., Савоськина В. А.	23
ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОЮ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ Бичков О. А., Тарасюк А. П., Осташевська Т. Г.	24
ПОКАЗНИКИ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Бичкова Н. Г., Натрус Л. В., Бичкова С. А., Таран Г. А.	25
РОЛЬ ПРО- ТА АНТИАТЕРОГЕННИХ ЦИТОКІНІВ В ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Бичкова Н. Г., Швечикова В. П., Бичков О. А., Стародубська О. О.	26
ПОРУШЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО ТА АДГЕЗИВНОГО БАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З МЕТАБОЛІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ Бичкова С. А., Бичкова Н. Г., Сидорук Т. М.	27
МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ІЗ ПІДВИЩЕНОЮ СЕКРЕТОРНОЮ ФУНКЦІЄЮ ШЛУНКА Блецкан М. М., Ганич Т. М., Свистак В. В., Ганич О. Т.	28

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ СЕЧОКИСЛОГО ДІАТЕЗУ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ Бобкович К. О.	29
ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ Бобро Л. Н., Фирсова О. А.	30
ОЦЕНКА IN VITRO ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЭКСТРАКТОВ ПЛАЦЕНТЫ Боброва Е. Н., Репина С. В., Говорова Ю. С., Нардид О. А., Покрышко С. В.	31
АНТИАГРЕГАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТОВ ПЛАЦЕНТЫ Боброва Е. Н., Розанова Е. Д., Нардид О. А., Нарожный С. В.	32
ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК НАЙЕФЕКТИВНІШОГО МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Богданець О. Ю.	33
TRENDS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN EUROPE Boyko V. V., Zamiatin P. N., Labas P., Dubrovina N. A., Kolesnikova O. V., Zamiatin D. P.	34
ПОДБОР ДОЗЫ РИТУКСИМАБА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОЗИТАХ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО ЭФФЕКТА ТЕРАПИИ Бойцова А. В., Жижера Д. В., Кожушко Е. Ю.	35
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВЕНЕЧНЫХ СОСУДОВ Болтабоев С. А.	36
ВЛИЯНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ У ЛИЦ СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Болтабоев С. А., Азизов С. В.	37
АНТИОКСИДАНТНЫЕ И АНТИГИПОТЕРМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ГЛЮКОЗАМИНА ГИДРОХЛОРИДА И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ Бондарев Е. В., Штрыголь С. Ю.	38
АМПЛИПУЛЬСФОРЕЗ ПЕЛОДЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА Бондаренко С. В.	39
КОМБИНИРОВАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА Бондаренко С. В., Амелин А. Ф., Додонова Л. А.	40
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГІПЕРОСТЕОПОНТИЕМІЇ З ОЖИРІННЯМ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА Борзова-Коссе С. І.	41
РІВНІ ТРОМБОСПОНДИНА-2 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА Борзова-Коссе С. І., Риндіна Н. Г., Борзова О. Ю.	42

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОРГАНІЗОВАНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ПРАЦЮЮЧИХ	
Боровик І. Г., Ніколенко Є. Я., Ткач С. І., Захаров О. Г.	43
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГАЛЕКТИНА-3 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА	
Боровик Е. Н.	44
ПОКАЗНИКИ ВІТРОНЕКТИНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ	
Боровик К. М.	45
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЛОДИПА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЕЙ	
Бочкова Л. П., Вахидова С. Б., Курбанова Ф. Р., Насиров Ш. Н.	46
МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ СУГЛОБОВОГО ХРЯЩА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ГЛЮКОЗАМІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	
Брунь Л. В.	47
ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КАЛЬЦІО КАРБОНАТУ ТА КАЛЬЦІО АЦЕТАТУ, В ЯКОСТІ ФОСФАТБІНДЕРІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ЗАМІСНУ НИРКОВУ ТЕРАПІЮ МЕТОДОМ ГЕМОДІАЛІЗУ	
Буграк Т. В., Легун О. М., Соколовський В. В.	48
ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОБТЯЖЕННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ, АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2	
Букач О. П., Федів О. І., Шкарутяк А. Є.	49
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЛСАРТАНА И ВАЛСАРТАНА В КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
Бучко О. С., Молодан В. И.	50
СКЛАД НОРМАЛЬНОЇ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ	
Вінник Н. В., Стойкевич М. В., Татарчук О. М., Кудрявцева В. Є.	51
КЛОПИДОГРЕЛ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	
Гальєва Е. С., Молодан В. И., Голенко Т. Н.	52
МОЖЕМ ЛИ МЫ ЗАМЕНИТЬ МЕДИЦИНСКИЙ ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ?	
Гаргин В. В., Занг Т. Л., Дворник Н. А.	53
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	
Гаргин В. В., Кривенко Л. С., Назарян Р. С.	54

VACTERL SYNDROME AS RELATIVELY NEW TERM Gargin V. V., Kurchanova Yu. V., Ivanteeva Yu. I.	55
ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ІЗОФЕРМЕНТУ СИСТЕМИ ЦИТОХРОМУ P450 2D6*4 НА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.	56
ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОЧЕТАННОГО С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ: КАК УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ? Гемеджи Э. Б., Абрамова Т. Г., Чистякова С. И., Ирсмамбетова Е. Ю.	57
РОЛЬ ФОСФОЛИПИДОВ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОЧЕТАННОГО С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ Гемеджи Э. Б., Абрамова Т. Г., Ирсмамбетова Е. Ю.	58
ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Гнатковская Д. В., Молодан Д. В.	59
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИЖИВАНOSTІ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗА ДАНИМИ ТРИВАЛОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ Гребеник М. В., Зелененька Л. І., Маслій С. М., Левчик О. І.	60
ЗМІНИ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СТРЕС-ТЕСТІВ Гречко С. І., Трефаненко І. В., Шевчук В. А.	61
СТАН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ І ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Гречко С. І., Трефаненко І. В., Турубарова-Леунова Н. А., Шевчук В. А.	62
ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ СОЧЕТАННУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ И ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВУЮ ТРАВМУ Григоров С. Н., Григорова А. А., Тихонова Л. В., Григорова И. А., Копитько М. С., Тихонова О. О.	63
КЛИНИКО-ЭМГ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И СИНДРОМОМ КОМПРЕССИИ L4-S1 КОРЕШКОВ Григорова И. А., Лещенко К. А., Гелетка А. А.	64
СОСУДИСТЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ Григорова И. А., Тесленко О. А., Григоров Н. Н.	65
РОЛЬ МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ У РОЗВИТКУ ПОС'ЄДНАНИХ УШКОДЖЕНЬ АПЕНДИКСА Грищенко М. І., Торяник І. І., Грищенко В. М., Кривенко В. М.	66
СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВІРУСНИХ ГАСТРОЕНТЕРИТІВ_(за даними клініко-експериментальних досліджень) Грищенко М. І., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Грищенко В. М., Сорокоумов В. П., Макаренко В. Д., Кривенко В. М., Юдін І. П.	67
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ Гряділь Т. І.	68

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	
Гряділь Т. І.	69
ПЕРСОНІФІКОВАНІ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ ЯК ВІЗИТНА КАРТКА ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ	
Гряділь Т. І.	70
ВАРИАНТЫ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ	
Гуйда П. П.	71
ДЕБЮТНЫЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	
Гуйда П. П.	72
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВАСКУЛИТА	
Гуйда П. П.	73
АНТАГОНІСТИ АЛЬДОСТЕРОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА	
Гулага О. І., Ташук В. К., Полянська О. С., Вовчок Т. С., Шевчук В. А., Анфілофієва В. В.	74
КТ-СЕМІОТИКА У ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ З УРАЖЕННЯМ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНЬ	
Гуменюк Г. Л.	75
МЕТОД КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЧНОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ ЛЕГЕНЬ В АЛГОРИТМІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ З УРАЖЕННЯМ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНЬ	
Гуменюк Г. Л.	76
КИШКОВИЙ МІКРОБІОМ І СПК: ЧИ Є ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК?	
Гуцько Г. В., Ситник К. О.	77
ПАРАЗИТОЗИ ТА АРАХНОЕНТОМОЗИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ	
Гуцук І. В., Сафонов Р. В., Бялковський О. В., Драб Р. Р.	78
МЕТОД ДИСПЕРСНОГО КАРТУВАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	
Данченко О. П.	79
IMMUNE ASPECTS OF PULMONARY HYPERTENSION IN BRONCHIAL OBSTRUCTION	
Dielievska V. Yu.	80
THE ROLE OF AUTOIMMUNE ANTIBODIES TO TYPE IV COLLAGEN IN ARTERIAL HYPERTENSION	
Dielievska V. Yu., Kravchun P. G.	81
ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ ЙОГО РОЗВИТКУ	
Дельва Ю. В., Сандурська Я. В., Дрогомерецька О. І., Штефюк Т. І., Федорович Х. М.	82

BLOOD PRESSURE PROFILE, LEFT VENTRICLE REMODELING AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND COPD Demikhova N., Vynnychenko L., Kosub D., Logvynyuk A. (student)	83
ЗВ'ЯЗОК СТАНУ МІОКАРДУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ З ПОРУШЕННЯМИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Якименко Ю. С., Мазій В. В., Грідасова Л. М.	84
СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ І ФЕРМЕНТНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б., Кучменко О. Б., Євстратова І. Н., Недлінська Н. М., Денисова О. В., Ячник В. А.	85
ВИКОРИСТАННЯ L-АРГІНІНУ АСПАРТАТУ У ПАТОГЕНЕТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б., Кучменко О. Б., Євстратова І. Н., Недлінська Н. М., Ячник В. А., Денисова О. В.	86
ЛОКАЛЬНА ЖЕСТКОСТЬ СОННИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ Діденко В. І., Коненко І. С., Ягмур В. Б., Петишко О. П.	87
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ Діденко В. І., Меланіч С. Л., Кленіна І. А.	88
АЛКОГОЛЬНИЙ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ: КРИТЕРІЇ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІФЕРЕНЦІАЦІЇ Діденко В. І., Ошмянська Н. Ю., Аржанова Г. Ю., Галенко О. П., Петренко В. Г.	89
ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГОМОТОКСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Добрянський Д. В., Дудка П. Ф., Ільницький Р. І., Тарченко І. П., Резнікова Н. М.	90
АКАРОЦЕНОЗ ПОБУТОВОГО ПИЛУ ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ КЛІЩОВИХ АЛЕРГІЙ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ Драб Р. Р., Гушук І. В., Сафонов Р. В., Бялковський О. В.	91
ПЕРСПЕКТИВИ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ Дрогомерецька О. І., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В., Гриджук Т. І., Штефюк Т. І.	92
ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРАПІЇ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ Дубівська С. С.	93
ВПЛИВ ТРИЗИПНУ НА РІВЕНЬ ПРОДУКТІВ ОКИСЛЕННЯ БІЛКОВИХ МОЛЕКУЛ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА ТРАНСМЕМБРАННІ АТФАЗИ ПРИ АРИТМІЯХ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Соколова Л. І., Корнієнко С. В.	94

ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА ЙОНТРАНСПОРТНІ НА/К – АТФАЗИ ПРИ АРИТМІЯХ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Тарченко І. П., Бондаренко Ю. М., Іорданова Н. Х., Савченко Т. М.....	95
КОПЕПТИН ТА ТРОПОНІН І У ПРОГНОЗУВАННІ РЕЦИДИВУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ Єрмак О. С.	96
НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНІ МЕДІАТОРИ ТА ТРОПОНІН І У ПРОГНОЗІ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ Єрмак О. С., Лисак М. С.....	97
РОЛЬ ФРАКТАЛКІНУ В ПОШКОДЖЕННІ ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Єрмоєнко Г. В., Бездітко Т. В., Хіміч Т. Ю., Ілюха С. Е.....	98
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НЕЙРОАМИНОКИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ Ескин А. Р., Григорова И. А.....	99
ПОКАЗНИКИ ОКСИДАНТНО – АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНИЙ ІНСУЛЬТ Єскін О. Р., Григорова І. А.	100
ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ ШЕМІЄЮ Єскін О. Р., Григорова І. А.	101
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯРНОЇ ДЕГЕНЕРАЦІЇ Жакун В. М., Ланюш Ф. В., Полетаєва К. Д.....	102
ЗМІНИ ВМІСТУ СЕЧОВИНИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБАМИ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ, АСОЦІЙОВАНИМИ З HELICOBACTER PYLORI Жакун І. Б.....	103
ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ЖІНОК З ОСТЕОАРТРИТОМ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ Ждан В. М., Лебідь В. Г., Хайменова Г. С.....	104
ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ (НПВП) ГАСТРОПАТИЙ Жижера Д. В., Кожушко Е. Ю., Бойцова А. В.....	105
ЗНАЧЕНИЕ ФРАКТАЛКИНА В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Журавлёва Л. В., Лопина Н. А.	106
ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Журавлева Л. В., Олейник М. А.....	107

ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, СТАНУ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО ОБМІНУ ТА АКТИВНОСТІ ПРОЗАПАЛЬНИХ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ ПРИ МЕТАБОЛІЧНІЙ КАРДІОМІОПАТІЇ Журавльова Л. В., Сокольнікова Н. В.	108
ВПЛИВ ЦИСТАТИНУ С І β 2-МІКРОГЛОБУЛІНУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОСДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПІСЛОНЕФРИТОМ Журавльова М. І.	109
ПОКАЗНИКИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА СИНДРОМОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ Завгородня Н. Ю., Кудрявцева В. Є., Петішко О. П., Лук'яненко О. Ю., Зигало Е. В.	110
DYSFUNCTION OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM - THE MECHANISM OF FORMATION OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS Zazdravnov A. A.	111
ВПЛИВ ТЕРАПІЇ МЕТФОРМІНОМ НА РІВЕНЬ ЕНДОТЕЛІЙ-ЗАЛЕЖНИХ МЕДІАТОРІВ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Леонідова В. І., Сапричова Л. В.	112
ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Цівенко В. М., Глебова О. В.	113
ОЗОН-ИНДУЦИРОВАННАЯ ХЕМИЛЮМИНИСЦЕНЦИЯ УРАНИНА В ПРИСУТСТВИИ ПЛАЗМЫ КРОВИ Зинченко В. Д., Горячая И. П., Головина К. Н., Кириенко А. Н., Топчий И. И.	114
ВАСПИН И ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОЖИРЕНИЯ Златкина В. В.	115
ТИПИ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ І КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ТА ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ Золотарьова Т. В., Бринза М. С., Яблучанський М. І.	116
ОЦЕНКА И КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Исаева А. С., Вовченко М. Н., Резник Л. А., Буряковская А. А.	117
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ВРАЧЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В СТАЦИОНАРЕ Исаева А. С., Резник Л. А., Вовченко М. Н., Буряковская А. А.	118
ДИНАМІКА СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХВОРИХ З ШЕМИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В М. УЖГОРОД Іваньо Н. В., Росул М. М., Іваньо Т. В., Корабельщикова М. О., Свистак В. В.	119
ПЕРОКСИДНЕ ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Ілащук Т. О., Мікулець Л. В., Захарчук Т. В., Гончар Л. В.	120

ДИНАМІКА ВМІСТУ АДИПОКІНІВ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ Ілащук Т. О., Окіпняк І. В.	121
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АЛЕЛІВ І ГЕНОТИПІВ ПОЛІМОРФНОГО ЛОКУСУ G-308A ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ- α У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Кадикова О. І.	122
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Каландарова У. А., Ибадова М. У.	123
ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА ТЕНДЕНЦІЇ ДИНАМІКИ СИНДРОМУ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ СЕРЕД ХВОРИХ ФТИЗІОПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ НА ОБСТЕЖЕННІ І ЛІКУВАННІ В НІФП НАМН Калениченко М. І., Опанасенко М. С., Терешкович О. В., Купчак І. М.	124
ПАТОГІСТОЛОГІЧНА СПЕЦИФІКА РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ ГОСТРИХ ГЕПАТИТІВ Калініченко С. В., Торяник І. І., Скляр А. І., Попова Н. Г., Бруснік С. В., Попова Л. О.	1255
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Камышникова Л. А., Пивовар Р. С.	126
ЛІПІДНИЙ СПЕКТР СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ Карачинова В. А., Стойкевич М. В., Кленіна І. А.	127
КОНСОЛИДАЦІЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ САХАРНОМ ДІАБЕТЕ І МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Каримов М. Ю., Якубджанов Р. Р., Каюмов У. К.	128
ВПЛИВ ВЕГЕТАТИВНОЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА РОЗВИТОК І КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ ТА МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ Катеренчук І. П.	129
ВПЛИВ АНЕМІЇ НА ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАН ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ГЕМОДІАЛІЗІ Катеренчук І. П., Могильник Н. М., Осіння Г. П., Ярмола Т. І.	130
РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ ПРИ ПРОЛАПСІ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: ЕВОЛЮЦІЯ НАУКОВИХ УЯВЛЕНЬ Катеренчук О. І.	131
SOME RESULTS OF POPULATION STUDY OF METABOLIC SYNDROME Kayumov U. K., Khasanova Kh. D., Saipova M. L., Ziyamukhamedova M. M.	132
НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Каюмов У. К., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Зиямухамедова М. М., Ибадова М. У.	133

ЧАСТОТА ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗРІЛОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ Квасницька О. Б.	134
ЦИТОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ЦИТОФЛАВІНУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ Квасницька О. Б.	135
ПАЦИЕНТ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ Кириенко М. А., Молодан В. И., Просоленко К. А.	136
ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЩОДО ДЕРЖАВНИХ ПРОГРАМ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ Коблянська А. В.	137
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ И ЦИТОКИНОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Ковалёва Ю. А., Шелест А. Н., Ломакина О. В., Шелест Б. А., Кожин М. И.	138
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА УРОВНИ АПЕЛИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Коваль С. Н., Юшко К. А., Старченко Т. Г.	139
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ Кожушко О. Ю., Бойцова А. В., Жижера Д. В.	140
БІОЛОГІЧНИЙ ВІК. СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ Колеснікова О. В., Бенько О. Г., Грідасова Л. М.	141
АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЕД ПАЦІЄНТИ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Висоцька О. В., Бенько О. Г.	142
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В РАННИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ Колесникова Е. В., Ярьско М. В., Зайченко О. Е.	143
ГІПЕРЛЕПТИНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ПРОГРЕСУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНОГО ОЖИРІННЯ Комір І. Р.	144
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КРИОЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ НЕФРИТЕ ХЕЙМАНА Кондаков И. И., Репин Н. В., Топчий И. И., Марченко Л. Н., Васькович А. М., Кириенко А. Н.	145
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КВЕРЦЕТИНУ СЕРЕД ХВОРИХ НА ПОДАГРУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Кондратюк В. С., Никула Т. Д., Синиця Ю. П.	146

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ Коненко И. С., Дементий Н. П., Старикова Л. М., Шантырь Л. И.	147
ВИВЧЕННЯ ВІДСТОКУ ПОМИЛКОВИХ ДІАГНОЗІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ БЕЗ ГІСТОЛОГІЧНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ДІАГНОЗУ ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ Конік Б. М., Опанасенко М. С., Кшановський О. Е., Шалагай С. М., Леванда Л. І., Загаба Л. М.	148
СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ SST2 У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Копица Н. П., Петюнина О. В.	149
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ У ТКАНИНАХ СЕЛЕЗІНКИ НЕЛІНІЙНИХ МИШЕЙ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЕРЛІХІОЗОМ Костира І. А., Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А., Похил С. В.	150
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ТЕНАСЦИНА С У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Котелюх М. Ю.	151
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛІПІДНОГО ОБМІНУ З КОМПОНЕНТАМИ МІЖКЛІТИННОГО МАТРИКСУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Котелюх М. Ю., Кравчун П. Г.	152
ЗВ'ЯЗОК АДИПОЦИТОКІНЕМІЇ З ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ Кравчун П. П.	153
ГИПОМАГНИЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Крапивко С. А.	154
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ ТА СУПУТНЮ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЯЖКОСТІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА БАЗИСНОЇ БРОНХОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ Крахмалова О. О., Шторх В. В., Колеснікова О. М., Гетман О. А.	155
КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ РЕПАРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Кремзер А. А.	156
СТРУКТУРНІ МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЛАЦЕНТИ Кривенко В. М., Грищенко М. І., Торяник І. І., Грищенко В. м.	156
ВЛИЯНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ КЛЕТОК КОРДОВОЙ КРОВИ НА МОРФОЛОГИЮ СЕЛЕЗЕНКИ В УСЛОВИЯХ ИММУНОСУПРЕССИИ Кудокоцева О. В., Волина В. В., Ломакин И. И.	158

СТАН ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ Кудрявцева В. Є., Діденко В. І., Татарчук О. М.	159
ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ТА РІВНЯ ІНСУЛІНУ ПРИ ФОРМУВАННІ СТЕАТОЗУ У ДІТЕЙ З БІЛІАРНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ КИШЕЧНИКУ Кудрявцева В. Є., Татарчук О. М., Завгородня Н. Ю.	160
МАРКЕРИ ЖИРОВОГО ОБМІНУ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИННОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Кузьміна Н. В., Грібенюк О. В.	161
КОМБІНИРОВАНА ТЕРАПІЯ УРСОСАНА І РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНИХ САХАРНИМ ДІАБЕТОМ Курбанова Ф. Р., Вахідова С. Б., Бочкова Л. П.	162
ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДІАБЕТОМ Курбанова Ф. Р., Вахідова С. Б., Бочкова Л. П.	163
ЧИ ВПЛИВАЄ РІВЕНЬ АЛЬДОСТЕРОНУ НА ЗМІНУ РІВНІВ ІОНІВ КАЛІЮ ТА НАТРІЮ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ? Лазіди К. Л., Рудик Ю. С.	164
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ КОМБАТАНТІВ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВІ ДІЇ В ЗОНІ АТО Лакинський Р. В.	165
ГПОЛПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНІЙ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПРИ АРИТМІЯХ Латогуз С. І.	166
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА І ПОРУШЕННЯХ РИТМУ СЕРЦЯ Латогуз С. І.	167
КЛІНІЧНІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ ЕФЕКТИ КОМБІНОВАНОЇ ПРОТИАРИТМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКСТРАСИСТОЛІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ РИТМОНОРМОМ І АУТОТРАНСФУЗІЇ УЛЬТРАФІОЛЕТОМ ОПРОМІНЕНОЇ КРОВІ Латогуз С. І.	168
ДИССЕМІНИРОВАНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ КАК ПЕРВИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Леванда Л. І., Опанасенко Н. С., Коник Б. Н., Терешкович А. В., Шалагай С. М., Кшановский А. Э., Калениченко М. И.	169
ПОЛИЭТИЛЕНОКСИД КАК СРЕДСТВО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИПОИДОЗА СОСУДОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ Липина О. В., Фалько О. В., Волина В. В.	170

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ З РІЗНИМ РІВНЕМ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ Лісна Н. М., Маркозова Л. М.	171
ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОСЛЕ РИТМИЧЕСКОГО ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ХОЛОДОВОГО (-120 ⁰ С) ВОЗДЕЙСТВИЯ Ломако В. В., Пироженко Л. Н., Шило А. В.	172
THE NEW POSSIBILITIES OF IMMUNOREHABILITATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT DIABETES MELLITUS TYPE 2 Malkovych N. M.	173
КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Малкович Н. М., Марунчик С. Л.	174
НОВІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ВТОРИННОГО ГІПОТИРЕОЗУ Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Сергієнко Л. Ю., Анікеєва К. С., Спиридонов А. В.	175
НОВИЙ СИНТЕТИЧНИЙ СТИМУЛЯТОР ТИРЕОЇДНОЇ ФУНКЦІЇ Малова Н. Г., Комарова І. В., Яременко Ф. Г., Вакула В. М., Сиротенко Л. А., Анікеєва К. С., Спиридонов А. В.	176
ЗНАЧЕННЯ BDNF В МЕХАНІЗМАХ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ Маркозова Л. М.	177
ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСІБ З КАРДІОМІОПАТІЄЮ ТОКСИЧНОГО ГЕНЕЗУ Маркозова Л. М.	178
ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ТА ЇХ СПІВЗАЛЕЖНИХ РОДИЧІВ НА ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ Маркозова Л. М., Лісна Н. М.	179
EFFICACY OF SELENIUM NITRIC IN COMPLEX THERAPY OF TUBERCULOSIS PATIENTS WITH THYROID PATHOLOGY Matveyeva S. L., Shevchenko O. S., Stepanenko A. L.	180
ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ІL-17А З АКТИВАЦІЄЮ В-ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ Матвієнко Ю. О., Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Грабченко Н. І., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б., Коваль Н. Г.	181
ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ІL-17А ЗІ СТАНОМ ЦИТОЛІТИЧНИХ Т-ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ Матвієнко Ю. О., Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Грабченко Н. І., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б., Коваль Н. Г.	182

НАДЛИШКОВЕ НАДХОДЖЕННЯ В ОРГАНІЗМ ХЛОРИДУ НАТРІЮ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ Машура Г. Ю., Ганич О. Т., *Петрик І. М., *Січка А. С., *Балаба В. В.	183
ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ПОЛІМОРФІЗМУ АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ M235T НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА Меденцева О. О., Рудик Ю. С., Удовиченко М. М.	184
ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2016 РОЦІ Мельник О. Г., Боровик І. Г., Дюльдева Т. А., Рябокони А. І., Моргун Т. М.	185
ОБОСНОВНИЕ ПОКАЗАНИЙ К НАЗНАЧЕНІЮ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Меренкова Е. А.	186
ЗАСТОСУВАННЯ ТІОТРОПІУ В РЕСПІМАТІ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ КОНТРОЛЮ СИМПТОМІВ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ОЖИРІННЯМ Мигович В. В., Мигович Л. Д., Попадинець І. Р.	187
ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНВЕРСНОГО ТА (АБО) ЗМІННОГО ФОТОПЕРІОДУ НА ПЕРЕБІГ ВІК-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Микитюк О. П.	188
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОСТЕОАРТРОЗУ Микитюк О. П.	189
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ПРИ ОЖИРІННІ Микитюк О. П.	190
СПРИЯТЛИВІ ЕФЕКТИ ДІЄТОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І ОЖИРІННЯ Милославський Д. К., Снігурська І. О., Старченко Т. Г., Божко В. В., Щенявська О. М.	191
ВПЛИВ ЕНТЕРОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ НА БУДОВУ СЕЛЕЗІНКИ ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ЩУРІВ (за даними експериментальних досліджень) Мироненко Л. Г., Торяник І. І., Перетятко О. Г., Ягнюк Ю. А.	192
ПАТОГІСТОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ЕНТЕРОКОКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ Мироненко Л. Г., Торяник І. І., Перетятко О. Г., Ягнюк Ю. А.	193
МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ, АСОЦІЙОВАНИЙ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Мисниченко О. В., Снігурська І. О., Пенькова М. Ю., Висоцька О. В., Корнійчук І. А., Щенявська О. М., Коваль С. М.	194
СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Мікулець Л. В.	195

DIFFICULTIES IN MYXOMATOUS DIAGNOSTICS Molotyagin D. G.	196
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА Молотягина С. П., Гуйда П. П.	197
СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ Молотягина С. П., Гуйда П. П.	198
ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ Мосійчук Л. М., Демешкіна Л. В., Петішко О. П.	199
H.PILORI AND MORPHOFUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC MUCOSA IN PATIENTS WITH INTESTINAL METAPLASIA Mosiychuk L. M., Oshmianska N. Y., Gaidar Y. A.	200
СУБЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ПОЗАКЛІТИННИЙ МАТРИКС ЯК МАРКЕР ПОСТПРОМЕНЕВОЇ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТРОМБОЦИТІВ (за даними експериментальних досліджень) Набойченко О. А., Торяник І. І.	201
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Насиров Ш. Н., Насиров Ж. Н., Бочкова Л. П., Вахидова С. Б.	202
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Насиров Ш. Н., Насиров Ж. Н., Бочкова Л. П., Вахидова С. Б.	203
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Настіна О. М., Білий Д. О.	204
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЧОЛОВІКІВ З ТРИВАЛОЮ ЗВИЧКОЮ ТЮТЮНОКУРІННЯ, РЕАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ОБМЕЖЕННЯ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ І ПРОГРЕСУВАННЯ НЕБЕЗПЕЧНИХ НАСЛІДКІВ Настіна О. М., Курсіна Н. В., Хомазюк В. А., Сидоренко Г. В., Хомазюк І. М.	205
ФАКТОРЫ КАРДИО-ВАСКУЛЯРНОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ Немцова В. Д., Олейник О. В.	206
КОМОРБІДНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В ПОПУЛЯЦІЇ ОСІБ ПІДВИЩЕНОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ Несен А. О., Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Ізмайлова О. В., Резнікова О. І.	207
ЩОДО ОБСТЕЖЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ РОБОТИ ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ Ніколенко Є. Я., Боровик І. Г., Ткач С. І., Захаров О. Г., Пилипенко Н. О.	208
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Оврах Т. Г., Серик С. А., Бондарь Т. Н., Клименко Т. И.	209

ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В СУЧАСНОМУ СВІТІ	
Овчаренко Л. К., Циганенко І. В.	210
РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ПРИ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ	
Ольховская А. Д., Молодан В. И.	211
АГРЕГАЦІЯ ХРОМАТИНУ ЯК РАННЯ ОЗНАКА АУТОЛІЗУ КЛІТИН	
Ольховський В. О., Торяник І. І.	212
ФЕНОТИПЫ – БУДУЩЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ	
Оспанова Т. С., Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., Пионова Е. Н., Трифонова Н. С.	213
НОВІ МОЖЛИВОСТІ МОРФОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНАХ ШЛУНКА	
Ошмянська Н. Ю., Галенко О. П., Петішко О. П., Петренко В. Г.	214
ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	
Пажанковская Л. А., Молодан В. И.	215
РОЛЬ КІЛЕРНИХ КЛІТИН У ПІДТРИМЦІ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ В СТАДІІ РЕМІСІЇ	
Панасюкова О. Р., Матвієнко Ю. О., Рекалова О. М., Грабченко Н. І., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б., Коваль Н. Г.	216
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУЛОДЕКСИДА В ЛЕЧЕНИИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ	
Панченко Н. В., Гончарь Е. Н., Переяслова А. С., Панченко Г. Ю., Приходько Д. О.	217
УВЕИТ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА	
Панченко Н. В., Гончарь Е. Н., Приходько Д. О., Панченко Г. Ю., Переяслова А. С.	218
УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРМЕДИАРНЫМИ УВЕИТАМИ	
Панченко Н. В., Храмова Т. А., Литвищенко А. В., Приходько Д. О., Переяслова А. С.	219
ГЕНЕТИЧНІ АБЕРАЦІЇ ЯК МОЖЛИВИЙ МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ ПОЗАСТРАВОХІДНИХ ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	
Пасієшвілі Л. М.	220
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
Перцева Н. О., Рокутова М. К.	221
РІВЕНЬ ПРОТИГРИБКОВИХ АНТИТІЛ В КРОВІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ: КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ З КЛІНІЧНИМИ ТА ЛАБОРАТОРНИМИ ОЗНАКАМИ	
Петренко Л. В., Рекалова О. М.	222
ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	
Попадинець І. Р., Мигович В. В., Шаповал О. А., Курилів Г. М., Вишиванюк В. Ю.	223

ASSESSMENT OF PROFESSIONAL RISK FACTORS IN TOBACCO INDUSTRY Popova T., Melnyk O., Riabokon A.....	224
ДЕСКВАМИРОВАННЫЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ГИПОТИРЕОЗОМ Потапенко А. В., Колесникова Е. В., Шуть И. В.	225
ЗАСТОСУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Потяженко М. М., Іщейкін К. Є., Настрога Т. В., Соколюк Н. Л., Кітура О. Є.	226
МІКРОСКОПІЧНА ОЦІНКА РЕАКЦІЇ ЦИРКУЛЮЮЧОЇ ЛАНКИ ГЕМОПОЕЗУ НА БАБЕЗІЙНУ ІНВАЗІЮ Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А.....	227
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У РАЗІ РОЗВИТКУ АНАПЛАЗМОЗУ Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А., Костиця І. А.	228
ПОСТМОРТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА КРИПТОСПОРИДИОЗУ ЛЕГЕНЬ ЯК КОМОРБІДНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ Похил С. І., Торяник І. І., Чигиринська Н. А., Костиця І. А.	229
КЛАССЫ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГОДОВОМ ЭТАПЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ Починская М. В., Яблчанский Н. И.....	230
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ БІОГЕННИХ ПОЛІАМІНІВ В КУЛЬТУРІ КЛІТИН РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ НАНОЧАСТИНОК ОКСИДУ ЦИНКУ Прилуцький М. П., Стародуб М. Ф.	231
ВПЛИВ СТУПЕНЮ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ НА ПОКАЗНИКИ АДІПОНЕКТИНУ ТА ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН – АЛЬФА У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Просоленко К. О., Молодан В. І., Орпін Філіп	232
ОСОБЕННОСТИ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Пугач Т. В., Коваль Е. А., Каплан П. А., Романенко С. В.....	233
ЗВ'ЯЗКИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВИЗНАЧЕННІ ПЕРЕБІГУ ДОБРОЯКІСНИХ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЙ Радченко О. М., Гук-Лешневська З. О., Комариця О. Й.	234
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ: КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ Радченко О. М., Оленич Л. В.	235
ГІПЕРЛЕПТИНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Радченко О. М., Пилипів Л. І.	236
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ КАРДІОРЕНАЛЬНОЇ АНЕМІЇ Риндіна Н. Г., Аянтунджи Флоренс.....	236

ХАРАКТЕР ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Сапричова Л. В., Цівенко В. М.	238
ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Леонідова В. І., Глебова О. В.	239
СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ Ринчак П. І., Кравчун П. Г., Іванашко К. А.	240
ВПЛИВ РІЗНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК МІГРЕНОЗНОЇ ЦЕФАЛГІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ Різниченко О. К., Щебетенко В. О.	241
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ З ДИСЛІПІДЕМІЄЮ, ЩО ТРИВАЛО ХВОРИТЬ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Ромаш І. Б., Ромаш Н. І.	242
ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ НА ПРОГРЕСУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Ромаш І. Б., Ромаш Н. І.	243
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ Росул М. М., Корабельщикова М. О., Іваньо Н. В.	244
ФАКТОРИ АГРЕСІЇ ТА ЗАХИСТУ ШЛУНКОВОГО ВМІСТУ У ХВОРИХ НА ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ ШЛУНКА Руденко А. І., Петішко О. П., Галінський О. О.	245
DIABETES MELLITUS AND COPPER, IODINE Rusnak I. T.	246
DIABETES MELLITUS AND ZINC, VANADIUM Rusnak I. T.	248
DIABETES MELLITUS AND SELENIUM Rusnak I. T.	248
БАГАТОФАКТОРНИЙ ПІДХІД ДО ПОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Савела А. М.	249
ЗМІНИ ГЕОМЕТРІЇ СЕРЦЯ ПІД ВПЛИВОМ ДОВГОТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ КОМБІНАЦІЄЮ МЕЛЬДОНІО ТА ФОЗИНОПРИЛУ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК V СТАДІЇ, ЯКА КОРЕГОВАНА ГЕМОДІАЛІЗОМ, ІЗ ОЗНАКАМИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Салижин Т. І.	250
ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Самохіна Л. М., Беседіна А. С.	251

КАЛЬЦИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С.	252
ФОСФОР ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С.	253
ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕРНИСТИКИ Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., Пионова Е. Н., Трифонова Н. С.	254
ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА УРОВНИ ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Серик С. А., Рябуха В. В., Бондарь Т. Н.	255
ВИСОКА ЗАЛИШКОВА РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ І ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ПРИ ШЕМИЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Ченчик Т. О.	256
ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ ТА ЖІНОЧОЇ СТАТІ З ХВОРОБАМИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ Сидоренко Г. В., Білий Д. О.	257
PREDICTION OF PANCREATIC CANCER: THE THEORETICAL APPROACH TO APPLICATION OF NON-INVASIVE BIOMARKERS IN DIAGNOSIS, FOLLOW-UP AND TREATMENT OF EPITHELIAL PANCREATIC MALIGNANCIES Sinelnikov A., Boyko V., Zamiatin P., Kolesnikova O., Dubrovina N.	258
ВМІСТ СОРТИЛІНУ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Сипало А. О.	259
РОЛЬ СОРТИЛІНУ У ФОРМУВАННІ РІЗНИХ ТИПІВ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Сипало А. О.	260
СПЕКТР ЕНДОСКОПІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Петішко О. П.	261
ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ: ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ В УКРАЇНІ Скирда І. Ю., Петішко О. П., Стойкевич М. В.	262
L-АРГІНІН У ПРОФІЛАКТИЦІ АНТРАЦИКЛІН-ІНДУКОВАНОГО НЕКРОЗУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ У ПОЄДНАННІ З ШЕМИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Скрипник І. М., Маслова Г. С., Лиманець Т. В.	263
НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Скрипник І. М., Маслова Г. С., Щербак О. В.	264

ХАРАКТЕР ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО І ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Снігурська І. О., Божко В. В., Милославський Д. К., Дунаєвська М. М.	265
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ТЯЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ, РІВНЯМИ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ, АНГІОПОЕТИНУ-2 У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ Снігурська І. О., Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю., Божко В. В., Конькова В. С., Грідасова Л. М.	266
ДИНАМІКА РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ Е У ХВОРИХ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУ АЛЕРГІЮ Сорокопуд О. О., Радченко О. М., Мазур М. В.	267
ВЛИЯНИЕ ИНТОКСИКАЦИИ СОЛЯМИ КОБАЛЬТА И РТУТИ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕРДЦЕ И ЛЕГКИХ Стародуб Н. Ф., Самохина Л. М.	268
ЕКСПРЕСНА ДІАГНОСТИКА АЛЕРГІЧНИХ СТАНІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІМУННОГО БІОСЕНСОРА НА ОСНОВІ ПОВЕРХНЕВОГО ПЛАЗМОННОГО РЕЗОНАНСУ Стародуб М. Ф., Чуб О. Д., Самохина Л. М., Шуляк Л. М.	269
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АДИПОЦИТОКИНОВОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Стародубцева Д. В., Бабаджан В. Д.	270
МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАМЕТРИ НИРОК В ДИНАМІЦІ АНТИДІАБЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Старченко Т. Г., Юшко К. О., Конькова В. С., Милославський Д. К.	271
ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З СТЕАТОЗОМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ Степанов Ю. М., Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю.	272
ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ Степанов Ю. М., Зигало Е. В., Стойкевич М. В.	273
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ Степанов Ю. М., Скирда І. Ю., Петішко О. П.	274
ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Стойкевич М. В., Коненко И. С., Шевцова З. И., Слободенюк М. В.	275
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО КРИТЕРИЯМ ГЕН-ФАКТОРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ Стриж В. А., Речкина Е. А., Горovenko Н. Г., Костромина В. П., Дорошенкова А. С., Россоха З. И., Кирьяченко С. П.	276

ВПЛИВ СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА НА ПЕРЕБІГ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ, ЩО ПІДЛЯГАЛИ АОРТО-КОРОНАРНОМУ ШУНТУВАННЮ Стрільчук Л. М.	277
СТАН КЛІТИННОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ГІПЕРТОНІЧНОЮ ТА ВІБРАЦІЙНОЮ ХВОРОБАМИ Сухонос Н. К.....	278
ВПЛИВ АПЕЛІНУ-12 НА ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Табаченко О. С., Олефір О. С.	279
ОЦІНКА ПРОГНОСТИЧНОЇ ІНФОРМАТИВНОСТІ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У РОЗВИТКУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ТИПІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Табаченко О. С., Олефір О. С.	280
ВМІСТ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Кудрявцева В. Є., Вінник Н. В.	281
DIABETES MELLITUS AND CHROMIUM Tashchuk V. K., Rusnak I. T., Samoilenko S. V., Kulachek V. T.	282
КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ В ПОРІВНЯННІ ЕФЕКТИВНОСТІ КАРДІОПРОТЕКЦІЇ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА Ташук В. К., Іванчук П. Р., Ташук М. В.....	283
ЗМІНИ КАРДІОМАРКЕРІВ, КОРОНАРНОГО ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВІВ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ЗА ГІПЕРУРИКЕМІЇ Ташук В. К., Мухамед Васек Обейд Аль Салама.....	284
АЛОПУРИНОЛ ТА КВЕРЦИТИН В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ЗА ГІПЕРУРИКЕМІЇ Ташук В. К., Мухамед Васек Обейд Аль Салама.....	285
ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ Ташук В. К., Руснак І. Т., Самойленко С. В.	286
КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСФАГИИ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА Тесленко О. А., Григорова И. А., Тесленко Н. И.	287
ВЛИЯНИЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Тесленко О. А., Тесленко Н. И.	288
АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И БИОИМПЕДАНСНОГО СОСТАВА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ Ткаченко О. В.	289
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Топчій І. І., Семенових П. С., Гальчінська В. Ю., Якименко Ю. С.	290

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ПОЄДНАННІ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІСІЮ	
Топчій І. І., Щербань Т. Д., Гальчінська В. Ю., Семенових П. С., Єфімова Н. В.	291
КОНЦЕНТРАЦІЯ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 23 В КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ	
Топчій І. І., Якименко Ю. С., Гальчінська В. Ю., Семенових П. С.	292
ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ ТА ВИБІРКОВОЇ СУПРЕСІЇ МЕГАКАРІОЦИТІВ	
Торяник І. І.	293
ЗАСТОСУВАННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ АНОМАЛІЙ ГРАНУЛОЦИТІВ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ	
Торяник І. І.	294
ЛПІДНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА	
Трефаненко І. В., Гречко С. І., Рева Т. Б.	295
МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЛПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ЗА ДОПОМОГОЮ ФІТОЗБОРІВ	
Трохимович А. А., Блецкан М. М.	296
DIABETES MELLITUS AND MANGANESE, MOLYBDENUM	
Turyanitsa Y. E., Rusnak I. T., Samoylenko S. V., Kulachek Y. V.	297
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ З ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ	
Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А.	298
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ПРИЗНАЧЕННЯМ ПОЛІКОЗАНОЛУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ТЛІ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ	
Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.	299
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ГЕМОСТАЗА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2	
Федив А. И., Сицинская И. А.	300
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С КОНСТИПАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ	
Фещенко С. И., Скирда И. Ю.	301
DESTRUCTIVE PROCESSES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM UNDER THE INFLUENCE OF ELECTROMAGNETIC RADIATION	
Khamidova G. M., Kayumov U. K.	302
ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ	
Хмель О. С., Родіонова В. В.	303

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЁГКИХ	
Ходош Э. М., Хорошун Д. А.	304
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	
Хребтій Г. І., Тащук В. К., Гінгуляк О. М., Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Савчук О. М.	305
ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
Хребтій Г. І., Тащук В. К., Гінгуляк О. М., Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Савчук О. М.	306
ГОСТРІ ПРОЯВИ СЕРПОВИДНО-КЛІТИННОЇ АНЕМІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ	
Цимбалюк В. І., Торяник І. І., Колесник В. В.	307
ПОЛІМОРФІЗМ -204A>С ГЕНУ СУР7A1 У ОСІБ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Чернацька О. М.	308
ВПЛИВ ЛІПІДНИХ ЧИННИКІВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Чернишов В. А., Несен А. О., Валентинова І. А., Шкапо В. Л.	309
МОРФОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БАРТОНЕЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ НИРОК	
Чигиринська Н. А., Торяник І. І., Костиця І. А.	310
МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЗМІН У ПЕЧІНЦІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЕРЛІХІОЗІ	
Чигиринська Н. А., Торяник І. І., Костиця І. А., Похил С. В.	311
СТАН АНТИГЕРПЕСВІРУСНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ	
Чумак А. А., Носач О. В., Плєскач О. Я.	312
РОЛЬ sCD40L У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
Шапаренко О. В.	313
ВПЛИВ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ	
Шаповал О. А., Яцишин Р. І., Вишиванюк В. Ю., Скробач Н. В., Петрина В. О., Попадинець І. Р., Штефюк Т. І.	314
РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИШЕМИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	
Шелест А. Н., Мартовицкий Д. В., Мищенко С. Г.	315
ДІЯ РИТМІЧНИХ ХОЛОДОВИХ ВПЛИВІВ (-1200С) НА СТАН НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ	
Шило О. В., Ломако В. В., Бабійчук Г.О.	316
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ	
Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.	317

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТНОГО СООТНОШЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ АБЛАЦИИ	318
Штельмах В. А., Брынза М. С., Волков Д. Е.	
ЗМІНИ РІВНЯ У ПЛАЗМІ КРОВІ РОЗЧИННИХ МОЛЕКУЛ CD95 У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З ВТОРИННИМ СИНДРОМОМ РЕЙНО	319
Штефюк О. В.	
ВИКОРИСТАННЯ СТРОНЦІЮ РАНЕЛАТУ У КОРЕКЦІЇ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ З ВТОРИННИМ СИНДРОМОМ РЕЙНО	320
Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В., Сандурська Я. В., Дрогомерецька О. І., Левчук М. І., Штефюк Т. І., Соколовський В. В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ РІЗЕНДРОНАТУ НА ПРОЦЕСИ ОСТЕОРЕМОДУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ	321
Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Левчук М. І., Курилів Г. М., Шаповал О. А., Буграк Т. В., Штефюк Т. І.	
OPTIMIZING THE DIAGNOSIS AND MEDICAL PREVENTION OF PROGRESSION OF RESPIRATORY EXTRAESOPHAGEAL SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN ELDERLY PATIENTS	322
Shuper V. A., Shuper S.V., Reva T. V.	
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗИЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	323
Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И.	
ПРИМЕНЕНИЕ АДЕНУРИКА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ	324
Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И.	
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА	325
Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И.	
ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТОМЕТРИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ	326
Ягмур В. Б., Меланич С. Л., Гладун В. Н., Заиченко Н. Г., Попок Д. В.	
ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2016 РІК	327
Ярина Н. А.	
ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНОТИПІВ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	328
Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Опімах С. Г., Полянська М.О., Назаренко К. В., Москаленко С. М., Зволь І. В.	

Комп'ютерна верстка: Дудар Л. О., Кулешова О. М.

Адреса редколегії:
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН»
просп. Любові Малої, 2-а, м. Харків, 61039, Україна
E-mail: info@therapy.gov.ua
www.therapy.org.ua

Підписано до друку 06.04.2017 р. Формат 60x84 1/16.
Ум. друк. друк. арк. 20,6. Замовлення № 0417-1
Гарнітура Times New Roman. Наклад 150 прим.
Видавництво ТОВ «Дім Реклами»
61010, м. Харків, пр. Гагаріна 10/1
Свідоцтво про реєстрацію суб'єкта видавничої справи ДК № 4822 від 19.12.2014 р.

