

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ "НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ"
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.
ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ –
ПРІОРИТЕТ СУЧАСНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ"**

20 квітня 2018 року

Харків

УДК: 616.1/4-084

Ш 33

Відповідальний редактор

Г. Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:

Гальчінська В. Ю., Гріднєв О. Є., 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. Профілактика неінфекційних захворювань – пріоритет сучасної науки та практики”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, 20 квітня 2018 р. /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2018. – 305 с.

У збірник включено тези доповідей, в яких розглянуто зміцнення здоров'я населення згідно Глобальній стратегії ВООЗ стосовно боротьби з неінфекційними захворюваннями (НІЗ); практичні аспекти медикаментозної та немедикаментозної профілактики НІЗ; епідеміологія та рання діагностика НІЗ; кардіоваскулярний ризик: (КВР) при НІЗ: складові та їх оцінка; організаційні завдання профілактики і лікування НІЗ; нові технології в профілактичній медицині.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО МІКРОБІОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ СИНТЕТИЧНИХ ПОХІДНИХ АМІНОКИСЛОТ З АЛІФАТИЧНИМ РАДИКАЛОМ

Андрєєва І. Д., Осолодченко Т. П., Пономаренко С. В., Рябова І. С.,
Завада Н. П.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків

Мета роботи – первинний мікробіологічний скринінг синтетичних похідних амінокислот, які не містять в аліфатичному радикалі додаткових функціональних груп.

Матеріали та методи. Проведено первинний мікробіологічний скринінг 9 синтезованих похідних амінокислот з аліфатичним радикалом, а саме 3 похідні лейцину, 3 похідні ізoleyцину та 3 похідні гліцину. Усі речовини були синтезовані та охарактеризовані на кафедрі фармакогнозії НФАУ МОЗ України. Дослідження проведено за методом двократних серійних розведень на середовищі Мюллера-Хінтона за допомогою стандартного набору тест-культур. Чутливість грибів визначали на середовищі Сабуро. Визначались мінімальні інгібуючі та бактеріцидні/фунгіцидні концентрації (МІК та МБ_цК/ МФ_цК).

Результати та їх обговорення. Усі досліджені синтетичні речовини за своїми протимікробними властивостями були значно активнішими за відповідні нативні амінокислоти. Найчутливішими до синтетичних похідних лейцину, ізoleyцину та гліцину виявилися тест-штами грампозитивних мікроорганізмів (*S.aureus* ATCC 25923, *B. subtilis* ATCC 6633) (МІК у межах 7,8 – 15,6 мкг/мл та МБ_цК 15,6 – 31,25 мкг/мл в порівнянні з МІК та МБ_цК нативних амінокислот 250,0 мкг/мл). Щодо тест-штамів грамнегативних мікроорганізмів (*P. vulgaris* ATCC 4636, *E. coli* ATCC 25922 та *P. aeruginosa* ATCC 27853) інгібуюча активність досліджених синтетичних речовин здебільшого була помірною (МІК 31,25 – 125,0 мкг/мл), а бактеріцидна – слабкою (МБ_цК 62,5 – 125,0 мкг/мл). Синтетичні похідні лейцину, ізoleyцину та гліцину не виявили помітних протигрибкових властивостей. МІК та МФ_цК нових речовин щодо тест-штаму *C. albicans* ATCC 885-653 знаходився у межах відповідно 62,5 – 250,0 мкг/мл та 125,0 – 500,0 мкг/мл. Безумовних лідерів за протимікробною активністю серед досліджених речовин не встановлено.

Висновок. Проведений первинний мікробіологічний скринінг нових синтетичних похідних амінокислот виявив їх значну протимікробну активність щодо референтних штамів грампозитивних мікроорганізмів, помірну активність переважної більшості досліджених речовин щодо грамнегативних мікроорганізмів та їх слабку дію щодо грибів роду *Candida*. Отримані результати свідчать про перспективність подальших досліджень властивостей окремих нових речовин з метою розробки на їх основі нових протимікробних засобів.

КІЛЬКІСТЬ ЯДРОВМІСНИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ З НАДЛИШКОВИМ ВМІСТОМ АКТИВНИХ ФОРМ КИСНЮ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ТРАНСФУЗІЇ

Бабійчук Л. О., Макашова О. Є., Зубов П. М.,
Зубова О. Л., Михайлова О. О.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Метою роботи було оцінити ефективність кріоконсервування ядровмісних клітин (ЯВК) кордової крові (КК) у кріозахисних розчинах, що містять різні концентрації ДМСО та антиоксидантів, шляхом перенесення до умов, які моделюють фізіологічні.

Матеріали і методи. У роботі застосовували ДМСО у концентраціях 5%; 7,5% та 10% та антиоксиданти: аскорбінова кислота (АК) (0,1 та 0,15 мМ), N-ацетил-L-цистеїн (АЦ) (10 та 15 мМ) і глутатіон (1 та 3 мМ). Кількість ЯВК КК із надлишковим вмістом активних форм кисню (АФК) визначали за допомогою флуоресцентного зонду дихлородигідрофлуоресцеїн диацетату (DCFH₂DA («Sigma-Aldrich», США)). Проби аналізували на проточному цитофлуориметрі FACS Calibur (BD, США).

Результати: Інкубація кріоконсервованих ЯВК із додаванням АК, протягом години в умовах, які моделюють фізіологічні (розчин Хенкса, розведення 1:10, T=37°C), призводила до значущого збільшення кількості DCF⁺-клітин у групах із 5 та 7,5% ДМСО до 35 та 27%, відповідно, що може стати причиною подальшої загибелі ЯВК під час трансфузії реципієнту. У групах із ДМСО в концентрації 10% АК у застосованих нами концентраціях не змінювала кількість DCF⁺-клітин порівняно з відповідними зразками, до яких не вносили антиоксидант. Позитивний вплив на клітини спостерігався в зразках, кріоконсервованих із ДМСО в концентрації 7,5 та 10% ДМСО та антиоксидантом АЦ у концентрації 10 і 15 мМ, де дані кріопротекторні розчини сприяли зменшенню кількості DCF⁺-клітин із 18,9% у контролі без внесення антиоксиданта до 12,3% при 7,5% ДМСО та з 23,4% до 16,7% при 10% ДМСО. Кріоконсервування CD45⁺-клітин із додаванням глутатіону в кінцевій концентрації 1 та 3 мМ та ДМСО в концентрації 7,5% та 10% сприяло значущому зниженню CD45⁺DCF⁺-клітин приблизно на 8% та 11%. Комбінація ДМСО в концентрації 7,5% та ефективних концентрацій глутатіону (1 та 3 мМ) сприяла зниженню кількості клітин із надлишковим вмістом АФК з 19% у контролі до 11% навіть після перенесенні до умов, які моделюють фізіологічні, що говорить про виражені антиоксидантні та цитопротекторні властивості даної речовини.

Висновок. Таким чином, найбільш перспективним напрямком у кріоконсервуванні ЯВК КК може бути додавання до кріопротекторного середовища з ДМСО глутатіона або АЦ, які забезпечували виражене зниження кількості клітин із надлишковим вмістом АФК.

АЛЕРГЕНКОМПОНЕНТ БЕРЕЗИ rBet v1 – ОДНЕ З ГОЛОВНИХ ДЖЕРЕЛ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ХАРЧОВИХ АЛЕРГЕНІВ

Бабаджан В. Д., Шуляк Л. М., Єрмак А. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Bet v 1, білок PR-10, є основним алергеном пилку берези, так як у приблизно 95% пацієнтів з чутливістю до пилку берези виявлені специфічні IgE до Bet v1.

На базі алергологічного відділення Харківської міської клінічної лікарні №27 для уточнення і підтвердження діагнозу полінозу 326 хворим у позасезонний період проводилися шкірні скарифікаційні проби з пилковими алергенами фірми «Імунолог» м. Вінниця. У 293 пацієнтів було виявлено значну позитивну (+++) і різко позитивну (++++) реакцію на пилок дерев: берези - у 71 пацієнтів, вільхи - у 53 пацієнтів, ліщини - у 44 пацієнтів; на пилок злакових трав: райграса - у 71 пацієнтів, тимофійки - у 64 пацієнтів, костриці - у 49 пацієнтів, їжі - у 37 пацієнтів; на пилок бур'янів і культивованих рослин: соняшника - у 56 пацієнтів, амброзії - у 88 пацієнтів, полину - у 43 пацієнтів. У більшості хворих була виявлена сенсibiлізація до 2 і більше алергенів. 110 хворим, що мали клінічні прояви полінозу і харчову алергію (кропив'янка, ангіонабряк, анафілактичний шок) до фруктів та овочів методом непрямої імуофлуоресценції на аналізаторі ImmunoCAP 250 (Швеція) визначали специфічний IgE до алергенкомпоненту t215 - береза rBet v1, PR-10, Betula verrucosa (kU/l). Поріг чутливості аналізатора становив 0,01 кЕ/л, межа cut-off для специфічних IgE була рівною 0,35 кЕ/л.

Проведені скарифікаційні проби і імунологічне дослідження встановило, що у 27 з 27 хворих (100%) з помірно і різко позитивним шкірним тестом до алергену берези були визначені значимі рівні rBet v1 у сироватці, теж саме встановили у 19 з 24 пацієнтів (79,1%) з помірно і різко позитивним шкірним тестом до алергену вільхи, у 16 з 22 пацієнтів (72,7%) з помірно і різко позитивним шкірним тестом до алергену ліщини. Значимі рівні rBet v1 у сироватці встановили у 6 з 8 пацієнтів (75%) з клінічними проявами харчової алергії до яблука, у 4 з 6 пацієнтів (67%) з клінічними проявами харчової алергії до груші, у 6 з 7 пацієнтів (86%) з клінічними проявами харчової алергії до персику, у 2 з 3 пацієнтів (67%) з клінічними проявами харчової алергії до киви, у 3 з 4 пацієнтів (75%) з клінічними проявами харчової алергії до моркви, у 6 з 8 пацієнтів (75%) з клінічними проявами харчової алергії до селери, у 1 з 2 пацієнтів (50%) з клінічними проявами харчової алергії до ананасу.

Отримані результати свідчать про те, що у хворих на полінозу, пов'язаний з сенсibiлізацією до пилку берези, вільхи, ліщини в більш ніж 75% спостерігалась наявність специфічних IgE rBet v1. При наявності харчової алергії до яблука, груші, персика, киви, моркви, селери та ананаса більш ніж у 50% випадків визначалась наявність специфічних IgE rBet v1, що підтверджує наявність перехресної алергії до пилку берези і вільхи та ліщини. Таким чином, IgE-антитіла до Bet v1 здатні перехресно реагувати з білками PR-10, присутніми в пилку інших дерев (наприклад, Aln g 1 пилку вільхи та Cor a 1.01 пилку ліщини) і в багатьох харчових продуктах (наприклад, Cor a 1.04 лісового горіха, Mal d 1 яблука, Pru p 1 персика, Gly m 4 сої, Ara h 8 арахісу, Act d8 киви, Api g 1 селери і Dau c 1 моркви).

**ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНАЦІЇ БІОМАРКЕРІВ
ЦИТОКЕРАТИНУ 18 ТА ФАКТОРА РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 21
ДЛЯ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ
ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

Бабак О. Я., Лапшина К. А.

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

НАЖХП пов'язаний з більш низькою тривалістю життя і є головною причиною збільшення смертності від серцево-судинних захворювань. На даний час існує не мало різноманітних методів інвазивної та неінвазивної діагностики НАЖХП. Навколо питання діагностики останні десятиріччя існують дискусії, особливо переваг одного методу дослідження над іншим.

Мета дослідження: вивчити рівні цитокератину 18 (СК-18) в плазмі крові у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) в поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) та співставити їх із стадією фіброзу печінки.

Матеріали і методи дослідження: було обстежено 60 пацієнтів з НАЖХП в поєднанні із ГХ, групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Серед обстежених було 33 чоловіки і 27 жінок у віці від 30 до 60 років. Проводилась оцінка клініко-біохімічних даних. Визначення СК-18 проводилися імуноферментним методом в плазмі крові. Для оцінки стадії фіброзів печінки був проведений тест Fibromax (Biopredictive, Франція).

Результати дослідження. Отримані дані відображують зростання рівнів цитокіну із підвищенням стадії ФП у пацієнтів при поєднанні НАЖХП із ГХ. При цьому рівні СК-18 у хворих із стадією F₀ склали 263,1 (246,6;273,2) О/л; F₁ - 281,9 (275,0;316,7) О/л та F₂₋₃ - 342,3 (326,3;393,1)О/л ($p \leq 0,004$).

Висновки. Середні значення СК-18 достовірно підвищувалися залежно від стадії фібротичних змін ($p < 0,05$), що свідчить про безпосередню роль досліджуваного цитокіну в механізмах формування більш активних стадій НАЖХП та може розглядатися в якості додаткових діагностичних маркерів фіброзу печінки.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОЖИРЕНИЯ

Бездетко Т. В., Химич Т. Ю., Еременко Г. В.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

В последние годы внимание исследователей и врачей различных специальностей все больше привлекает проблема коморбидности. Актуальными являются вопросы наиболее часто встречающихся сочетаний бронхо-легочных и метаболических нарушений. Имеются данные, что наличие метаболических нарушений при ожирения (О) увеличивает бронхиальную гиперреактивность и значительно ухудшает качество жизни больных бронхиальной астмой (БА).

Целью исследования явилось изучение состояния иммунного гомеостаза при сочетании БА и О, установление особенностей регуляции иммунного ответа у больных с коморбидным течением данной патологии.

Материалы и методы. Обследовано 114 пациентов с БА и О, а также 61 пациент с изолированной БА. Средний возраст пациентов составил $43,1 \pm 2,7$ года. Для оценки состояния иммунного гомеостаза исследовали клеточное и гуморальное звенья, а также параметры фагоцитарной активности нейтрофилов, уровень комплемента и ЦИК.

Результаты и обсуждение. При анализе показателей иммунного гомеостаза отмечены достоверные изменения клеточного иммунитета за счет снижения СД4 при сочетании БА и О. Указанные изменения развивались на фоне достоверно значимой лимфопении. Отмечено повышение НСТ-теста, что косвенно указывает на недостаточность фагоцитарного звена.

В гуморальном звене иммунитета отмечено достоверное повышение уровня IgG, что свидетельствует о длительном течении воспалительного процесса аутоиммунного характера. При анализе уровня ЦИК отмечено повышение их образования у обследованных пациентов, тогда как при изолированной БА этот показатель практически находился в пределах нормы. Данные изменения подтверждают развитие воспалительного процесса аутоиммунного характера при коморбидном течении БА и О. Тогда как при БА данный патологический процесс находится под «контролем» длительной патогенетической терапии.

Выводы. В результате проведенных иммунологических исследований показано, что в основе коморбидного течения БА и О лежит хроническое воспаление аутоиммунного характера. Ожирение можно расценивать как триггер развития дефицита в клеточном и фагоцитарном звеньях иммунитета.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛЕПТИНУ ТА СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Бек Н. С.

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

Мета: вивчити особливості вмісту лептину залежно від рівня сечової кислоти сироватки (СК) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), поєднаної з ожирінням (ОЖ) чи надлишковою масою тіла (НМТ); визначити прогноз безпідйного виживання за умов різного рівня урикемії та лептинемії.

Матеріали і методи. Обстежено 103 пацієнти з есенціальною АГ (гіпертонічною хворобою) II стадії та ОЖ I та II ступеня (67,0%) чи НМТ (33,0%), 55 чоловіків, $47,1 \pm 1,7$ років та 48 жінок, $52,9 \pm 1,8$ років. Результати опрацьовані за програмою «Statistica for Windows 8.0». Проведено проспективне прогностичне дослідження методом Каплана-Мейєра впродовж 30 місяців; за подію приймали повторну госпіталізацію з приводу гіпертензивного кризу, нефатальний інфаркт міокарда або інсульт.

Результати. Гіперурикемія (ГУ) виявлялась у 14,7% пацієнтів з НМТ та у 35,0% пацієнтів з ОЖ (43,6% чоловіків та 31,3% жінок) та супроводжувалась вищими рівнями холестерину ліпопротеїнів дуже низької щільності $0,94[0,72;1,35]$ vs $0,74[0,50;1,04]$ ммоль/л, $p=0,02$ та тригліцеридів $2,02 [1,53;2,95]$ vs $1,64[1,09;2,20]$ ммоль/л, $p=0,04$. Гіперлептинемія виявлена у 65,0 % чоловіків та 67,7 % жінок з ГУ ($p>0,05$). Вміст лептину у пацієнтів з ГУ був вищим, ніж за умов нормоурикемії: у чоловіків $18,9 [12,8;33,6]$ vs $8,5 [4,8;10,6]$ нг/мл, $p=0,02$, у жінок $39,5 [21,3;53,0]$ vs $18,3 [11,6;27,3]$ нг/мл, $p=0,007$, причому вміст лептину у жінок був вищим за аналогічний у чоловіків як за умов ГУ, так і нормоурикемії. Фактором несприятливого прогнозу безпідйного виживання у чоловіків була гіперлептинемія: 14,3% проти 50% за умов нормолептинемії, F-критерій Кокса 0,03; у жінок – ГУ: 15,4% проти 48,3% за умов нормоурикемії, F-критерій Кокса 0,02. Незалежно від статі, за умов поєднання ГУ та гіперлептинемії частка безпідйного виживання складала 5,3% проти 41,2% за умов нормоурикемії з гіперлептинемією, F-критерій Кокса 0,03.

Висновок. Пацієнти з АГ та ОЖ чи НМТ за умов ГУ, яка супроводжується ліпідним дисбалансом, характеризуються вищою лептинемією, ніж пацієнти з нормоурикемією. Факторами несприятливого прогнозу безпідйного виживання хворих на АГ та ОЖ чи НМТ є гіперлептинемія у чоловіків та ГУ в жінок. Поєднання ГУ та гіперлептинемії, незалежно від статі, характеризується погіршенням прогнозу.

ОЦІНКА СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ОСІБ КОМАНДНОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЧАСТИН ТИЛОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Білера Н. В.

*Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології № 2, Україна*

Вступ: на теперішній час особлива увага приділяється профілактиці захворюваності на серцево-судинні розлади у осіб командної ланки, які проходять службу за контрактом у Національній гвардії України.

Мета: оцінити стан серцево-судинної системи військовослужбовців командного складу частин тилового забезпечення.

Матеріали та методи: стан серцево-судинної системи вивчався на підставі дослідження на початку та наприкінці робочої доби пульсу та артеріального тиску у 30 військовослужбовців Національної гвардії України, які займають керівні посади. В залежності від стажу (більше 10 років та до 10 років) учасників дослідження було розподілено на дві групи.

Результати: Результати дослідження стану серцево-судинної системи групи осіб зі стажем менше 10 років довели, що є тенденція до збільшення систолічного тиску ($p \leq 0,1$) на початку робочої зміни та вірогідне збільшення наприкінці ($p \leq 0,05$) порівняно з нормою. Діастолічний тиск на початку та при кінці робочої зміни порівняно з нормою не змінювався. Пульсовий тиск збільшено як на початку, так і наприкінці робочої зміни за рахунок систолічного тиску. Вірогідних змін у частоті пульсу на початку та наприкінці робочого дня не виявлено.

Результати дослідження стану серцево-судинної системи групи зі стажем більше 10 років дозволили встановити такі суттєві зміни у порівнянні з малостажованими військовими, а саме доведено, що систолічний тиск на початку зміни вірогідно збільшується ($p \leq 0,05$), а наприкінці – є тенденція до збільшення ($p \leq 0,1$), тобто систолічний тиск порівняно з вранішніми показниками зменшується. Діастолічний тиск на початку та при кінці робочої зміни порівняно з нормою не змінювався. Пульсовий тиск збільшено як на початку, так і наприкінці робочої зміни. Вірогідних змін у частоті пульсу на початку та наприкінці робочого дня не виявлено.

Висновок: за даними дослідження серцево-судинної системи, в обох групах пульсовий тиск вірогідно вище за норму за рахунок збільшення систолічного тиску, а у групі зі стажем більше 10 років систолічний тиск має тенденцію до зниження наприкінці робочого дня, що є критеріями функціональних зрушень у серцево-судинній системі, які в подальшому можуть призвести до розвитку вагомих захворювань.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ

Беловол А. Н., Князькова И. И., *Цыганков А. И., *Мазий В. В.,
*Гриненко Е. В., *Фисенко Е. В., *Герасименко Ж. М.

Харьковский национальный медицинский университет,

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

Цель исследования – оценить характер и возможные причины нарушений сердечного ритма у беременных.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 117 женщин (средний возраст $(25,9 \pm 3,6)$ года) во II-III триместре беременности. Всем обследованным проводили стандартные исследования, в том числе электролиты (калий, натрий) в сыворотке крови и гормоны щитовидной железы (тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин), доплер-эхокардиографию, суточный мониторинг ЭКГ. Статистическую обработку полученных данных проводили методами вариационной статистики с использованием пакета статпрограмм "STATISTICA 6,0".

Результаты. Различные нарушения сердечного ритма зарегистрированы у 97 пациенток, из которых у 55 - на фоне сердечно-сосудистой патологии (1 группа) и у 42 - идиопатические аритмии (2 группа). Контрольную группу составили 20 женщин с нормальным синусовым ритмом. При обследовании в 1 группе было установлено у 38 женщин пролапс митрального клапана (ПМК), причем митральная регургитация I степени выявлена у 6 и II степени - у 32 человек; недостаточность митрального клапана ревматического генеза отмечена у 5 пациенток, постмиокардитичный кардиосклероз - у 11 человек и открытое овальное окно - в 1 случае. По данным суточного мониторинга ЭКГ в 1 группе количество желудочковых экстрасистол (ЖЭ) составило на 26% ($p < 0,001$) больше, чем во 2 группе и в 7,6 раз больше чем в группе контроля; наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ) - в 2,8 и 7 раз больше чем во 2-й и группе контроля (все $p < 0,001$) соответственно. Установлено, что НЖЭ и ЖЭ регистрировались в обеих группах пациенток с нарушениями сердечного ритма. Причем, у пациенток с ПМК отмечено меньшее количество НЖЭ ($p < 0,001$) и больше ЖЭ ($p < 0,05$) по сравнению с лицами с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. При сравнении с пациентками с идиопатическими аритмиями у женщин с ПМК значительно меньше было НЖЭ ($p < 0,05$), а число ЖЭ значительно не отличалась от больных 2-й группы.

Заключение. Таким образом, нарушения сердечного ритма у беременных отмечено как на фоне сердечно-сосудистой патологии (врожденные и приобретенные пороки сердца, постмиокардитичный кардиосклероз, ПМК с незначительной митральной регургитацией), так и без нее и нарушений метаболических процессов. Такие пациентки нуждаются в тщательном динамическом наблюдении, а при развитии жизнеугрожающих аритмий и гемодинамической нестабильности – проведении своевременной адекватной терапии.

СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО БОРОТЬБИ З ОЖИРІННЯМ

Біловол О. М., Златкіна В. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

За даними ВООЗ (2016), людство в даний час живе в умовах відносного надлишку продуктів харчування. Цей принцип і наявність їжі призводить до хронічної надмірної ваги і ожиріння (ОЖ). У той же час у всьому світі спостерігається зростання споживання продуктів харчування з високим вмістом калорій і жиру, зниження фізичної активності через пасивний спосіб життя, зміна способів переміщення і урбанізації.

У 2016 році понад 1,9 млрд. дорослих мали надлишкову вагу. З них понад 650 млн. чоловік страждають на ОЖ, що становить близько 13% дорослого населення планети (11% чоловіків і 15% жінок). З 1975 по 2016 рік кількість людей з ОЖ по всьому світу більш ніж потроїлася. Такі захворювання, як артеріальна гіпертензія (АГ) (в 2,9 рази частіше), цукровий діабет 2 типу (ЦД) (в 3 рази частіше), гіперхолестеринемія (в 2,1 рази) супроводжують ОЖ. Щорічно близько 2,5 млн. осіб помирають у всьому світі від хвороб, пов'язаних з ОЖ.

Відомо, що ОЖ є одним з основних факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ), таких як ССЗ (ІХС, АГ, ішемічний інсульт), ЦД 2 типу, деякі онкологічні захворювання (включаючи рак ендометрія, молочної залози, яєчників, передміхурової залози, печінки, жовчного міхура, нирок і товстої кишки). Ризик НІЗ збільшується зі збільшенням ІМТ.

ВООЗ розробила «Глобальний план дій з профілактики та боротьби з НІЗ на 2013-2020 роки» в рамках виконання зобов'язань, проголошених в політичній декларації ООН по НІЗ. Глобальний план дій буде сприяти досягненню 9 глобальних цілей в області НІЗ до 2025 року, включаючи 25% скорочення раптової смерті від НІЗ і стабілізацію глобального числа випадків ОЖ на рівні 2010 року.

Вищенаведені дані дозволяють розглядати ОЖ як хвороба еволюції людини дійсно, така висока поширеність ОЖ у населення економічно розвинених країн не може бути пояснена без урахування деяких особливостей сучасного способу життя, які необхідні для його розвитку. Ми можемо говорити про пандемію ОЖ, підкреслюючи, що пандемічні фактори сприяють розвитку цього захворювання - відсутність мобільності і велика кількість жирної їжі в харчуванні.

Необхідність контролювати ОЖ незаперечна і повинна проводитися тільки у відповідності з керівними принципами, заснованими на доказовій медицині, максимально ефективними і безпечними. Докладні рекомендації, засновані на фактичних даних, дозволяють приймати клінічні рішення, що стосуються реального медичного обслуговування пацієнтів з надмірною вагою і ОЖ, включаючи скринінг, діагностику, оцінку, вибір лікування, цілі лікування та індивідуалізацію підходу.

ВПЛИВ ГІПОФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Біловол О. М., Немцова В. Д., Ільченко І. А.

Харківський державний медичний університет, Україна

На наступний час поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету 2 типу (ЦД2Т) досить добре вивчено, але поєднання з дисфункцією щитоподібної залози (ЩЗ), зокрема субклінічним гіпотиреозом (СГ), є предметом пильної уваги. Вплив гіпофункції щитоподібної залози на стан вуглеводного обміну і досі є предметом дискусії, особливий інтерес представляє вивчення впливу гіпотиреозу на вуглеводний обмін у пацієнтів з коморбідною патологією, особливо при наявності ЦД2Т.

Мета: оцінити вплив гіпофункції щитоподібної залози на стан вуглеводного обміну у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу та субклінічним гіпотиреозом.

Матеріали та методи. У дослідження включено 209 пацієнтів з АГ (79 чоловіків та 130 жінок) у віці від 40 до 75 років, які були поділені на наступні групи: 1 група – пацієнти з ізольованою АГ II стадії – 50 пац., 2 група – АГ II стадії в поєднанні з ЦД-2Т (n= 97), 3 група – одночасна присутність АГ, ЦД-2Т та СГ (n=62). Контрольна група – 20 здорових осіб. Для оцінки вуглеводного статусу всім хворим визначали концентрацію глюкози натще (глюкозоксидазним методом), інсуліну в сироватці крові (методом імуноферментного аналізу), рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA). Для визначення інсулінорезистентності (ІР) використовували індекс НОМА – ІR. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета програм Statistica, версія 8.0.

Результати. При дослідженні вуглеводного обміну були отримані результати, що свідчать про наявність ознак ІР у всіх досліджувальних групах пацієнтів, незважаючи на функціональний стан щитоподібної залози. Приєднання гіпотиреозу к АГ та ЦД2Т супроводжувалось більш низькими показниками рівня глюкози натще, HbA та інсуліну, ніж у пацієнтів 2 групи. Незважаючи на наявність ІР в нашому дослідженні плазмовий рівень інсуліну залишався в межах референсних значень у всіх досліджуваних групах (1 гр. – $(19,77 \pm 1,05)$ мкМО / мл, 2 гр. – $(22,89 \pm 1,12)$ мкМО / мл, 3 гр. – $(18,35 \pm 1,34)$ мкМО / мл).

Висновки: об'єднаний перебіг цукрового діабету 2 типу, артеріальної гіпертензії та субклінічного гіпотиреозу супроводжується наявністю інсулінорезистентності, ступінь якої достовірно перевищує таку у осіб з ізольованою артеріальною гіпертензією, але поступається особам з ЦД2Т у поєднанні з артеріальною гіпертензією та з нормальною функцією щитовидної залози.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННОЕ ДЕЙСТВИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Бильченко О. С., Веремеенко О. В., Красовская Е. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одной из форм лекарственного поражения легких является интерстициальное поражение легких (ЛИИПЛ).

Диагностика поражения легких, вызванная приемом лекарственных средств (ЛС) представляет большие сложности из-за отсутствия характерных клинических и морфологических проявлений. Как правило, диагноз ЛИИПЛ устанавливается методом исключения. Клинические, рентгенологические и гистологические изменения могут быть проявлениями большого числа различных заболеваний. Поэтому следует исключить прежде всего другие вероятные причины интерстициальной болезни легких.

Мы наблюдали 4 больных амиодароновым легким, которые принимали 200 мг амиодарона от 6 месяцев до 2 лет. У больных появилась одышка, ЧДД 26 в минуту, ЧСС 90 в минуту, выраженные рестриктивные нарушения, при КТ ОГК выявлено усиление и деформация, мелкоячеистость легочного рисунка с очаговыми тенями в нижних долях с обеих сторон и снижением пневматизации легочной ткани в виде «матового стекла». У 1 больного кожа лица и шеи приобрела голубой оттенок. У больных было констатировано амиодароновое легкое, т.к. имелась четкая связь появления симптомов ЛИИПЛ с приемом амиодарона. А также диагноз был подтвержден данными КТ ОГК. Больным был отменен амиодарон. У 2 больных после отмены препарата спустя 6 месяцев состояние улучшилось, на КТ ОГК отмечена выраженная положительная динамика. Голубой цвет лица и шеи у больного остался. Информация о состоянии остальных 2-х больных отсутствует. Кроме того, ЛИИПЛ диагностированы у 6 больных, которым было сделано КТ ОГК в связи с предполагаемым диагнозом: у 2 больных – застойная пневмония, у 2-х – лихорадка неясного генеза, у 2-х – с синдромом средней доли. Все больные принимали не менее 3 недель антибиотиков. У больных на рентгенограмме обнаружены изменения, характерные для интерстициального поражения легких – многофокусная инфильтрация легочной ткани, усиление, деформация мелкоячеистая перестройка легочного рисунка с полиморфными очаговоподобными тенями с обеих сторон со снижением пневматизации легочной ткани в виде «матового стекла».

Таким образом, ЛИИПЛ зачастую не диагностируется врачами в связи с отсутствием характерных клинических проявлений, а также в связи с тем, что субклинические и рентгенологические формы ЛИИПЛ не выявляются.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бильченко О. С., Веремеенко О. В., Красовская Е. А., Поликов Г. О.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одним из важных факторов тяжелого и прогрессирующего течения внебольничной пневмонии (ВП) является пожилой и старческий возраст больного. Это связано, прежде всего, с наличием у этого контингента больных сопутствующих заболеваний, таких, как хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, ХОЗЛ, гипертоническая болезнь, цирроз печени, ишемическая болезнь сердца, нарушение мозгового кровообращения. При этом одним из ведущих факторов риска является хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

У больных пожилого возраста ВП важно оценить тяжесть сопутствующего заболевания, которое явилось причиной ХСН. Течение ВП может быть ассоциировано с развитием различных сердечно – сосудистых осложнений, что наиболее характерно для лиц пожилого возраста с пневмококковой этиологией заболевания. Диагностика ВП на фоне ХСН у пожилых людей представляет определенные трудности, т.к. наличие ХСН нередко маскирует клиническую картину основного заболевания и затрудняет его своевременную верификацию. Клиническая картина ВП у лиц старческих возрастных групп разнообразна и может протекать, как классическая или с атипичным течением. Трудности верификации ВП могут приводить как к гипердиагностике, в связи с неправильной интерпретацией симптомов, так и к несвоевременной диагностике ВП.

Мы наблюдали 48 больных пожилого и старческого возраста, из них лишь у 7 больных отметили 1-2 фактора риска. У остальных 41 больного количество факторов риска колебалось от 3 до 7. Клиника у этих больных отличалась затяжным и прогрессирующим течением, которое было обусловлено поздним обращением за медицинской помощью и неадекватной антибактериальной терапией. У 35% больных этой группы были констатированы осложнения в виде экссудативного и осумкованного плеврита, обструктивного синдрома, прогрессирования ХСН, кровохаркания, эмпиемы плевры, абсцедирования. Экссудативный плеврит развивался на 3-4е сутки болезни, в мокроте был высеян стрептококк. У больных с абсцессом и эмпиемой плевры в мокроте высевалась клебсиелла.

Таким образом, целесообразно выделять группу больных ВП пожилого и старческого возраста с факторами риска и группу больных без значительной сопутствующей патологии, т.к. выбор лечебной тактики должен быть различным.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОПЕПТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бобро Л. Н., Коряк В. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: изучение эффективности применения окситоцина для купирования болевого синдрома и коррекции гипергликемии у больных с панкреатогенным сахарным диабетом.

Материалы и методы. Обследовано 29 мужчин с сахарным диабетом (СД) 3 типа. Средний возраст больных ($41,5 \pm 3,8$) года. У всех пациентов доминирующим клиническим синдромом была абдоминальная боль. Диагноз панкреатогенного СД верифицировался на основании клинических (типичный болевой синдром, признаки мальабсорбции, отсутствие связи с ожирением и инсулинорезистентностью), ультразвуковых (повышение эхогенности ткани поджелудочной железы, неровность ее контуров и неоднородность эхоструктуры, расширение вирсунгова протока, наличие кальцификатов) и лабораторных (наличие гипергликемии более 11,2 ммоль/л, снижение концентрации фекальной эластазы 1) критериев. Длительность заболевания колебалась от 5 до 10 лет (в среднем составляя $5,3 \pm 2,7$) года). Все обследованные получали спазмолитики (дуспаталин), анальгетики (парацетамол) и ИПП (контролок по 40 мг 1 раз/день), ферменты (креон 25 000 3 раза в сутки). Коррекция гипергликемии проводилась дробным введением простого инсулина. В связи с сохранением болевого синдрома всем пациентам была проведена коррекция лечения – дополнительно включали окситоцин в дозе 5 МЕ 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS Statistics 17,0.

Результаты: в течение 1-й недели лечения значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома было отмечено у 13 (44,8 %), полное купирование болевого синдрома – у 6 (20,7 %) больных. К концу 2-й недели полное купирование болевого синдрома отмечалось у 16 (55,1 %), значительное уменьшение болевого синдрома – у 10 (34,5 %) пациентов. У 3 (10,4%) больных существенного клинического эффекта отмечено не было. У 68,9% больных наблюдалось снижение уровня гликемии с $(12,1 \pm 0,7)$ ммоль/л (до назначения окситоцина) до $(8,5 \pm 0,2)$ ммоль/л ($p < 0,05$), потребность в инсулине составила $(16,5 \pm 3,2)$ ЕД./сут. Кетонурия не отмечалась, гипогликемических состояний ни у одного из больных не было.

Выводы. Включение в комплексное лечение панкреатогенного сахарного диабета нейропептида окситоцина является целесообразным, позволяет эффективно воздействовать на многие звенья патогенеза болевого синдрома, способствует улучшению гликемического профиля.

**ВПЛИВ ЗБЕРІГАННЯ ПЛАЦЕНТИ ПРИ -20°C
НА АНТИАГРЕГАЦІЙНУ АКТИВНІСТЬ ЇЇ ЕКСТРАКТІВ**

**Боброва О. М., Говорова Ю. С., Нардід О. А., Рєпіна С. В.,
Розанова К. Д.**

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Екстракти плаценти людини (ЕПЛ) використовуються у практичній медицині при порушеннях шкіри (невеличковні рани, пролежні, опіки), корегуванні імунологічних, гормональних показників тощо. Широко відомі протизапальні, антиоксидантні властивості ЕПЛ та їх здатність знижувати агрегацію тромбоцитів.

Застосування екстрактів плаценти в клінічній практиці викликає необхідність довготривалого зберігання плаценти людини. Метою даної роботи було дослідити вплив зберігання плаценти при -20°C на антиагрегаційні властивості ЕПЛ.

Для дослідження впливу ЕПЛ на ступінь агрегації тромбоцитів збагачену тромбоцитами плазму інкубували протягом 15 хвилин з ЕПЛ при +37°C, тоді додавали індуктор агрегації аденозин-5' діфосфат у концентрації 10⁻⁵ моль/л. Ступень агрегації тромбоцитів визначали спектрофотометричним методом.

Проведені дослідження показали, що зберігання плаценти при -20°C протягом 3 місяців дозволяє зберегти властивості ЕПЛ щодо зниження агрегації тромбоцитів, при цьому спостерігається лише незначне зниження проценту інгібування агрегації в межах похибки експерименту. Зберігання плаценти протягом 6 місяців при -20°C приводить до втрати антиагрегаційної ефективності ЕПЛ і інкубування тромбоцитів з ЕПЛ навіть приводить до незначного збільшення АДФ-індукованої агрегації тромбоцитів. Це може бути пов'язане з наявністю рідкої фази у тканинах при -20°C і можливому протіканню біохімічних реакцій при зберіганні плаценти.

Втрата здатності знижувати рівень індукованої агрегації тромбоцитів свідчить про можливу втрату також і протизапальних властивостей ЕПЛ після зберігання плаценти протягом 6 місяців.

ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМУ 34C>G ГЕНА PPARG2 СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Бондар Т. М., Гальчінська В. Ю., Петеньова Л. Л.

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

За даними клінічних досліджень поліморфізм 34C>G гена рецептора, що активує проліферацію пероксисом, гамма 2 типу (PPARG2), асоціюється з ризиком розвитку метаболічних порушень та серцево-судинних захворювань.

Мета: оцінити поширеність поліморфізму 34C>G гена PPARG2 серед мешканців харківського регіону.

Матеріали і методи: до дослідження залучені 82 особи, що проживають у харківському регіоні, середній вік (45 ± 7) років, з них чоловіків – 13, жінок – 69. Виділення та очищення ДНК з цільної крові проводили за допомогою набору реактивів "ДНК-сорб-В" (Амплісенс, РФ). Генотипування поліморфного сайту 34C>G (rs1801282), здійснювали методом ПЛР в режимі реального часу з використанням набору реагентів «SNP-ЭКСПРЕСС-SHOT» («Литех», РФ) за допомогою системи детекції продуктів ПЛР в реальному часі CFX96 Touch (BioRad).

Результати. Поліморфізм 34C>G гена ядерного рецептора PPARG2 призводить до заміни амінокислоти проліну на аланін в 12 позиції білка рецептора. Встановлено, що генотип CC (Pro12Pro), мають більшість обстежених осіб – 75,6 % ($n = 62$). Поліморфізм 34C>G гена PPARG2 пов'язують із підвищеною схильністю до ожиріння, резистентності до інсуліну та з ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу, що обумовлено впливом PPARG2 на експресію генів, відповідальних за диференціювання адипоцитів, обмін ліпідів, функціонування ендотеліальної системи та макрофагів. Генотип CG (Pro12Ala) виявлено у 20,7 % ($n = 17$) хворих, частота зустрічальності гомозиготного генотипу за мінорним алелем GG (Ala12Ala) склала – 3,7 % ($n = 3$). Розподіл генотипів поліморфізму Pro12Ala гена PPARG2 відповідав рівновазі Харді-Вайнберга ($p_{\chi^2} = 0,2$). Поширеність метаболічно несприятливого алеля C (12Pro) становила 86,0 %, а протективного алеля G (12Ala) – 14,0 %. Частота мінорного алеля була дещо вищою порівняно з даними MAF Source: 1000 Genomes ($G=0,0703/352$), однак не відрізнялась від частоти, характерної для кавказоїдів, за даними ALFRED: The Allele Frequency Database ($G=0,16/1686$).

Висновок: частота зустрічальності мінорного алеля G (12Ala) серед мешканців харківського регіону суттєво не відрізнялась від частоти, характерної для європейської популяції. Низька поширеність протективного алеля G (12Ala) може мати відповідні медико-генетичні наслідки.

ПОШИРЕНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ КМК ЛШМД М. ЛЬВОВА У 2017 РОЦІ

Бондаренко О. О., Сорочка М. І., Куцик Д. Ю.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Актуальність: з кожним роком все більше обговорюється проблема коморбідної патології. Різноманітні дослідження показують, що у пацієнтів віком 45 і більше зростає частота поєднаної патології. Однак діагностика метаболічного синдрому (МС) з асоційованими супутніми захворюваннями є складною. Це привертає увагу науковців до детальнішого вивчення вищезгаданої проблеми.

Мета: дослідити частоту виявлення метаболічного синдрому, які перебували на стаціонарному лікуванні у комунальній міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова.

Матеріали і методи: використовували ретроспективний метод дослідження, проаналізувавши історії хвороб пацієнтів відділень 1 та 2 терапій, кардіології. Діагноз МС встановлювався згідно критеріїв International Diabetes Federetion 2015. Було опрацьовано 3000 історій хвороб вищезгаданих відділень. Опрацювання даних ґрунтувалося на даних загального огляду, лабораторних та інструментальних методах обстеження. Враховуючи критерії включення та виключення, до дослідження увійшли 1200 пацієнтів. Найчастішими захворюваннями, що зустрічалися у даної когорти пацієнтів були ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, хронічна хвороба нирок, хронічне обструктивне захворювання легень, ожиріння та цукровий діабет.

Результати: середній вік хворих становив ($56,1 \pm 12,3$) р., 62% склали жінки, 38% - чоловіки. Найчастішою патологією були цукровий діабет 2 типу (54,4%) та предіабет (81,5%); гіпертонічна хвороба зустрічалась у 89,1%; ішемічна хвороба серця була виявлена у 75,3% осіб; ожиріння у 74,2%; хронічна хвороба нирок у 48,6%; хронічне обструктивне захворювання легень 31,5%.

Висновок: метаболічний синдром є часто коморбідною патологією. Тому важливою є своєчасна діагностика з метою впровадження превентивних заходів.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

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

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

В связи с тем, что медикаментозная терапия остеохондроза позвоночника имеет ряд существенных недостатков (кратковременность действия, наличие многочисленных побочных эффектов, привыкание к действию препарата) следует особое внимание уделять методам физиотерапии.

Учитывая высокую эффективность электролечения при остеохондрозе, нами разработан и апробирован комплекс, включающий в себя одновременное воздействие амплипульсфорезом 10% лидокаина из среды ДМСО и виброакустики от аппарата «Витафон».

Для воздействия синусоидальными модулированными токами применяли аппарат «Амплипульс-5». Использовался 4 род работы в выпрямленном режиме при глубине модуляции 50% и частоте модуляции 100 гц, посылки по 2-3 секунды. Электроды располагались паравертебрально в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, катод размещался на стороне наибольшей боли. Вибрафоны устанавливались вдоль позвоночника, и виброакустическое воздействие проводилось в 4 режиме. Длительность процедуры комплексного воздействия составляла 20 минут. Курс лечения – 10 процедур, отпускаемых ежедневно.

Предлагаемый лечебный комплекс был применен у 56 больных поясничным остеохондрозом.

Интенсивность боли значительно снижалась уже после первой процедуры. В дальнейшем подвергались обратному развитию чувствительные и двигательные нарушения.

Улучшение состояния отмечалось у 89% больных, что позволяет рекомендовать данный лечебный комплекс к широкому внедрению в практическую медицину.

ВИКОРИСТАННЯ ІВАБРАДИНУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНІСТЮ ПОСТІНФАРКТНОГО КАРДІОСКЛЕРОЗУ І БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

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

Харківський національний медичний університет, Україна

Серйозну проблему являє лікування хворих з коморбідністю постінфарктного кардіосклерозу з явищами хронічної серцевої недостатності (ХСН) і бронхіальної астми. Її рішенням у даної категорії хворих може бути застосування інгібітору і_f-каналів івабрадину, ефективність якого у хворих з ішемічною хворобою серця була доведена в декількох багатоцентрових дослідженнях (BEAUTIFUL, SIGNIFY).

Мета: оцінити вплив терапії івабрадином на стан внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих з коморбідністю ХСН, що розвинулась на тлі постінфарктного кардіосклерозу та бронхіальної астми.

Матеріали та методи. Було обстежено 57 пацієнтів (35 чоловіків і 22 жінки) у віці (56 ± 6) років з ХСН, яка розвинулась на тлі постінфарктного кардіосклерозу та мали коморбідну патологію у вигляді бронхіальної астми. Тривалість спостереження склала 3 місяці. Усім пацієнтам дворазово проводилися ЕХО-КГ на апараті HD IXE (Philips) за стандартною методикою і електрокардіографія в 12 відведеннях. Пацієнти отримували терапію спрямовану на лікування ІХС (антиагреганти, аторвастатин, бета-блокаторів не призначалися з урахуванням наявності бронхіальної астми), компенсацію ХСН (інгібітори АПФ, антагоністи альдостерону за умови наявності систолічної дисфункції лівого шлуночка) і лікування бронхіальної астми (бета₂-агоністи тривалої дії і інгаляційні глюкокортикостероїди). Всім хворим був призначений івабрадин в дозі 10 мг/добу в перший місяць лікування з подальшим збільшенням дози до 15 мг/добу.

Результати. При первинному обстеженні у всіх пацієнтів відзначалася тахікардія понад 80 ударів за хвилину. УЗД серця виявило у 31 (54,4 %) пацієнта збільшення кінцево-сistolічного і кінцево-діастолічного об'ємів (КСО і КДО) і зниження фракції викиду (ФВ) міокарда лівого шлуночка менше 40 %. Дослідження цих же параметрів, проведене через 3 місяці не виявило їх достовірних змін – КСО і КДО знизилися в середньому на ($2\pm 0,4$) % і ($2,3\pm 0,5$) %, відповідно, а ФВ зросла на ($5\pm 0,7$) %. У жодного хворого не було виявлено зниження ФВ. Було зафіксоване зменшення ЧСС до (62 ± 3) удари за хвилину.

Висновки. Відсутність достовірних змін КСО, КДО і ФВ разом із зменшенням частоти серцевих скорочень у процесі терапії дозволяє говорити про те, що івабрадин не чинить негативного впливу на показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих з коморбідністю постінфарктного кардіосклерозу з явищами ХСН та бронхіальної астми.

СТАН ПОСТІНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Борзова-Коссе С. І., Абуліатім М. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження – проаналізувати ефективність використання комбінації «зофеноприл+спіронолактон» та «еналаприл+спіронолактон» по відношенню до зворотнього ремоделювання міокарда у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ).

Матеріали та методи. Обстежено 104 хворих з ГІМ з елевацією сегмента ST у віці від 42 до 74 років з фракцією викиду (ФВ) менше 45 %. В якості контрольної групи було обстежено 15 практично здорових людей.

Для оцінки терапевтичного ефекту стандартної терапії хворі на ГІМ були розподілені на 2 групи. 1-ша група приймала зофіноприл в поєднанні із спіронолактоном у складі стандартної терапії (n=26), 2-га група – еналаприл та спіронолактон у складі стандартної терапії (n=25). Всі хворі залучені у дослідження були госпіталізовані з ГІМ, що супроводжується елевацією сегменту ST.

Результати. У хворих на ГІМ та ожиріння, яких було залучено до 1-ї групи, знайдено достовірне зменшення об'єму лівого передсердя (ЛП) на 7,6 % ($p<0,05$), кінцево-діастолічного об'єму (КДО) на 19,3 ($p<0,05$) та кінцево-сistolічного об'єму (КСО) на 16,3% ($p<0,05$). За показником ФВ, який відображує контрактильну здатність, виявлено достовірні відмінності на тлі стандартного лікування із залученням зофеноприлу у вигляді зростання даного параметра на 12,65% ($p<0,05$). За показниками кінцево-сistolічного розміру (КСР), кінцево-діастолічного розміру (КДР), товщини задньої стінки (ТЗС) та товщини міжшлункової перетинки (ТМШП), вірогідних відмінностей не виявлено. У 2-й групі хворих, до стандартної схеми лікування яких було залучено еналаприл, також отримано зміни динаміки показників структурно-функціонального стану лівого шлуночку у вигляді достовірного зниження розміру КДО на 10,06 % ($p<0,05$), КСО на 10,77 % ($p<0,05$). Що стосується параметрів ЛП, ТЗС та ТМШП, вони вірогідно не змінювалися.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження встановило, що при залученні до схеми лікування «зофеноприлу + спіронолактону» отримано більш значні зміни щодо зворотного ремоделювання міокарда, що підтверджується достовірним зниженням об'єму порожнини лівого шлуночка.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ ПОКАЗНИКІВ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСУ, ТРОПОНІНУ І З МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПАРАМЕТРАМИ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Борзова-Коссе С. І., Мамедов К.

Харківський національний медичний університет, Україна

У теперішній час великої актуальності набуває виявлення і уточнення ролі нових предикторів кардіальної смерті або несприятливого перебігу гострого коронарного синдрому (ГКС) з метою їх прогнозування і попередження. Коморбідність ГКС та ожиріння значно погіршує прогноз пацієнта, так як ожиріння є не тільки фактором ризику розвитку коронарної події, але і сприяє його прогресуванню і підвищенню смертності.

Мета дослідження - проаналізувати активність рівнів матриксних металопротеїназ у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), за наявності ожиріння.

Матеріали та методи. Обстежено 105 хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST та ожирінням у віці від 42 до 74 років. У якості контрольної групи було обстежено 15 практично здорових людей. Хворих на ГІМ було розподілено на 2 групи залежно від наявності або відсутності супутнього ожиріння.

Результати. З метою визначення різниць у хворих з ГІМ за параметрами, що вивчалися, проведено співставлення груп згідно наявності ожиріння. Так у хворих з ГІМ та ожирінням рівень остеопонтину достовірно перевищував такий у хворих без ожиріння на 27,4% ($p < 0,05$). Концентрація тромбоспондину-2 була вище у хворих за коморбідності ГІМ та ожиріння на 34,6% (різниця вірогідна, $p < 0,05$). Що стосується рівня тропоніну I, у хворих основної групи, представлені пацієнтами з ГІМ та ожирінням, та групи зіставлення, до якої увійшли пацієнти з ГІМ без ожиріння, він вірогідно не відрізнявся ($p > 0,05$).

Більш висока активність остеопонтину з ГІМ за наявності ожиріння може бути пов'язана з імунозапаленням, яке має місце у осіб з надмірною вагою тіла. З іншого боку, дані світової літератури вказують на можливість продукції остеопонтину саме клітинами жирової тканини адипоцитами, а не тільки макрофагами та гладком'язовими клітинами. Тромбоспондин-2, на думку вчених, є інгібітором адипогенеза.

Висновки. Отримані у нашому дослідженні результати про достовірне зростання вмісту остеопонтину та тромбоспондину-2 у хворих з ГІМ за коморбідності ожиріння у порівнянні з особами без ожиріння може розглядатись в якості адаптаційної реакції у хворих з надмірною масою тіла.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ОРГАНІЗОВАНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ

Боровик І. Г., Ткач С. І., Захаров О. Г., *Бірючевська Н. Є.

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
Херсонська обласна клінічна лікарня, м. Херсон, Україна

Важливою складовою первинної та вторинної профілактики захворювань серцево-судинної системи (ССС) є визначення та керування їхніми ризик-чинниками.

Мета – дослідити епідеміологічні аспекти щодо артеріальної гіпертензії (АГ) в організованій популяції працівників машинобудівного підприємства (ОППМП) та визначити серцево-судинний ризик (ССР) працюючих.

Обсяг ОППМП: 527 працівників, у тому числі 18,03 % жінок та 81,97 % чоловіків, середній вік – $(41,7 \pm 9,6)$ років. Обстеження проводилось згідно з наказом МОЗ України від 21.05.2007 №246. Щодо визначення епідеміологічних аспектів АГ та стратифікації ССР застосовували результати медичного обстеження та опитування із застосуванням спеціально розробленої анкети, шкалу SCORE.

Підвищений рівень артеріального тиску (АТ) зареєстровано у 14,99 % робітників. Поширеність АГ складала 6,41 % серед працівників зі стажем роботи до 10 років, 9,82 % – 11-20 років, відповідно – 18,69 % – зі стажем понад 20 років. За рівнем артеріального тиску хворі на АГ були розподілені наступним чином: АГ I ступеня – 88,61 %, АГ II ступеня – 10,13 %, АГ III ступеня – 1,26 %.

Поширеність модифікованих факторів ризику АГ: кількість осіб з надлишковою масою тіла в ОППМП становила 6,07 %, у тому числі 5,80 % серед здорових осіб та 7,59 – серед працівників з підвищеним рівнем АТ. Поширеність тютюнокуріння становила 56,36 %, у тому числі 56,03 % серед здорових осіб та 58,23 – серед працівників з підвищеним рівнем АТ. Результати опитування щодо обтяженої спадковості стосовно гіпертонічної хвороби суттєво відрізнялися серед здорових та працівників з АГ, в цілому в ОППМП було 31,88 % осіб з обтяженою спадковістю, серед здорових – 23,88 % та 77,22 % – серед хворих на АГ. За результатами електрокардіографії ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) було виявлено у 26,58 хворих на АГ, з них за ознакою Соколова-Лайона в 52,38 %, за Корнельською ознакою – в 33,33 %, за амплітудою зубця RaVL – в 14,29 % випадків.

Розподіл працівників з підвищеним рівнем АТ стосовно серцево-судинного ризику: низький – 62,03 %, середній – 11,39 %, високий – 25,32 %, дуже високий – 1,27 %.

Отже, серед працівників ОППМП є такі, що потребують проведення заходів первинної та вторинної профілактики захворювань ССС, причому вторинну профілактику варто проводити з урахуванням ССР.

ЗВ'ЯЗОК ВІТРОНЕКТИНУ ТА ПОКАЗНИКІВ АНТРОПОМЕТРІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Глєбова О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета. Оцінити активність вітронектину у хворих на гострий інфаркт міокарда за наявності або відсутності ожиріння та визначити характер зв'язків даного показника з антропометричними параметрами у даної групи хворих.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження було залучено 66 пацієнтів на ГІМ віком $72,43 \pm 0,78$ років. До першої групи увійшли 43 хворих із супутнім ожирінням, до другої - 23 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком та статтю. Ожиріння I ст. було виявлено у 26 осіб, ожиріння II ст. – у 15 осіб, ожиріння III ст. – у 2 осіб. Індекс маси тіла (ІМТ) у групі хворих на ГІМ із супутнім ожирінням склав $35,47 \pm 0,62$ кг/м², тоді як у групі зіставлення ІМТ був на рівні $22,86 \pm 0,41$ кг/м². Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Наявність ожиріння встановлювалась згідно класифікації ВООЗ, 1997 при $ІМТ > 30$ кг/м², який визначали за формулою: $ІМТ$ (кг/м²) = маса тіла/(ріст)². Концентрацію вітронектину 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. У хворих на ГІМ та ожиріння було виявлено вірогідне зростання концентрації вітронектину сироватки на 25,92%, порівняно з хворими без ожиріння та на 48,35% у порівнянні з групою контролю. Що стосується хворих на ГІМ без супутнього ожиріння, концентрація вітронектину перевищувала таку у контрольній групі на 30,28%. Рівень ІМТ був вірогідно вище у хворих з коморбідним перебігом ГІМ та ожиріння при порівнянні як з групою контролю, так і з хворими на ізольований ГІМ.

Висновки: наявність супутнього ожиріння при гострому інфаркті міокарда асоційована зі значним зростанням концентрації гострофазового показника вітронектину, порівняно з хворими без супутніх метаболічних порушень, що свідчить про адипоцитарну регуляцію прокоагулятивних властивостей крові.

**ПРЕДИКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ГАЛЕКТИНУ-3 ЩОДО РОЗВИТКУ
ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ
ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ
З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ
ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Сапричова Л. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження. Проаналізувати взаємозв'язок активності галектину-3 з виникненням повторного інфаркту міокарда протягом 6 місячного терміну спостереження за хворими на гострий коронарний синдром (ГКС) з елевацією сегмента ST в залежності від наявності або відсутності супутнього ожиріння.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні приймали участь 105 пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST віком ($64,22 \pm 1,42$) років. Першу групу склали 75 хворих з індексом маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м², другу – 30 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком та статтю. Ожиріння I ст. було виявлено у 39 осіб, ожиріння II ст. – у 31 особи, ожиріння III ст. – у 5 осіб. Рівень галектину-3 визначали на 2-гу добу ГКС з елевацією сегмента ST в сироватці венозної крові хворих з використанням набору реактивів Human Galectin-3 ELISA Kit (Китай).

Результати дослідження. Під час дослідження у хворих з ГКС з елевацією сегмента ST та супутнім ожирінням було зафіксовано зростання ІМТ на 35,7% ($p < 0,05$), об'єму талії (ОТ) на 21,1% ($p < 0,05$), показника відношення об'єму талії до об'єму стегна (ОТ/ОС) на 12,5% ($p < 0,05$) та рівня галектину-3 на 32,43% ($p < 0,05$) при співставленні з пацієнтами без ожиріння. Протягом 6-місячного терміну спостереження за хворими після перенесеного ГКС з елевацією сегмента ST на тлі супутнього ожиріння було виявлено, що 37,56% хворих мали в анамнезі повторні кардіоваскулярні події, серед яких ІМ було виявлено у 56,82% хворих. За даними ROC-аналізу галектин-3 виявив прогностичні властивості при рівні $>12,83$ нг/мл.

Висновки: за умов підвищення рівня галектину-3 $\geq 12,83$ нг/мл можна прогнозувати виникнення повторного інфаркту міокарда під час 6-місячного терміну спостереження за хворими на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST на тлі ожиріння.

ВІТРОНЕКТИН ТА ОСОБЛИВОСТІ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Боровик К. М., Цівенко В. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета. Дослідити зв'язок між рівнем вітронектину сироватки крові та загальнозапальними показниками клінічного аналізу крові у хворих на гострий інфаркт міокарда на тлі супутнього ожиріння.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 66 пацієнтів на ГІМ віком ($72,43 \pm 0,78$) років. До першої групи увійшли 43 хворих із супутнім ожирінням, до другої - 23 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком та статтю. У 26 осіб було встановлено ожиріння I ст., ожиріння II та III ст. – у 15 та 2 осіб відповідно. Індекс маси тіла (ІМТ) у групі хворих на ГІМ із супутнім ожирінням склав ($35,47 \pm 0,62$) $\text{кг}/\text{м}^2$, тоді як у групі зіставлення ІМТ був на рівні ($22,86 \pm 0,41$) $\text{кг}/\text{м}^2$. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Наявність ожиріння встановлювалась згідно класифікації ВООЗ, 1997 при $\text{ІМТ} > 30 \text{ кг}/\text{м}^2$, який визначали за формулою: $\text{ІМТ} (\text{кг}/\text{м}^2) = \text{маса тіла}/(\text{ріст})^2$. Концентрацію вітронектина 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. У хворих на ГІМ на тлі супутнього ожиріння було виявлено вірогідне зростання концентрації вітронектину сироватки на 25,92%, порівняно з хворими без ожиріння та на 48,35% у порівнянні з групою контролю. Щодо хворих на ізольований ГІМ, концентрація вітронектину перевищувала таку у контрольній групі на 30,28%. Рівні лейкоцитів сироватки крові та швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) вірогідно відрізнялися у групах хворих на ГІМ. Вираженість лейкоцитозу була на 45,64% та 44,61% вища у групі пацієнтів з ожирінням та без нього відповідно, порівняно з контрольною групою. Також було визначено достовірне підвищення ШОЕ у хворих, що мали ГІМ на тлі $\text{ІМТ} \geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$ на 48,8% та у хворих на ГІМ без супутнього ожиріння на 46,2% у порівнянні з контрольною групою.

Висновки. Значне підвищення рівнів вітронектину на тлі лейкоцитозу та високої швидкості осідання еритроцитів у хворих на гострий інфаркт міокарда та супутнє ожиріння свідчить на користь прозапальних ефектів адипоцитарної тканини.

ЗМІНИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бурмак Ю. Г., Казаков Ю. М., Чекаліна Н. І., Петров Є. Є.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Вступ. Як відмічалось нами раніше, ефективність лікування есенціальної гіпертензії (ЕГ) відображується не тільки досягненням цільового рівню артеріального тиску та його стабільністю, але й можливістю впливу на метаболічні процеси, що мають негативні наслідки по відношенню до наявного патологічного процесу та підвищують ризик розвитку ускладнень.

Мета - вивчення впливу комбінованого лікування із застосуванням донатору оксиду азоту L-аргініну аспартату на динаміку вмісту стабільних метаболітів нітроксиду (NO_x), сполук середньомолекулярної маси (ССМ) та показників ліпопероксидації (дієнових кон'югатів (ДК) і малонового діальдегіду (МДА) у комплексі лікування хворих на ЕГ із метаболічним синдромом (МС).

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 34 хворих на ЕГ із МС (20 чоловіків та 14 жінок) віком від 44 до 58 років. Всі обстежені хворі отримували загальноприйняте лікування (інгібітори АПФ, β -блокатори, діуретики), а хворим основної групи (13 осіб) на протязі місяця додатково призначали L-аргініну аспартат (перорально, по 5 мл розчину під час їжі, чотири рази на добу); контрольну групу склали 22 практично здорові особи. Рівні NO_x , ССМ, МДА та ДК у сироватці крові визначали спектрофотометрично.

Результати. З'ясовано, що у хворих на ГХ із МС, порівняно із практично здоровими особами, вміст NO_x було знижено у 1,5 рази ($17,1 \pm 1,1$ мкмоль/л), ССМ – підвищено більш, ніж у три рази ($1,89 \pm 0,08$ мкмоль/л) рівні ДК та МДА були підвищеними більш, ніж у 1,9 рази ($p < 0,001$). Після лікування у досліджених хворих відбувалось підвищення вмісту NO_x та зниження вмісту ССМ, ДК та МДА, при цьому у хворих, що отримували загальноприйняте лікування динаміка показників NO_x та МДА мала лише характер тенденції. Натомість, у хворих основної групи рівень ССК знижувався майже удвічі ($0,89 \pm 0,10$ мкмоль/л; $p < 0,001$), вміст проміжних продуктів ліпопероксидації (ДК) знижувався у 1,28 рази ($13,8 \pm 0,32$ мкмоль/л; $p < 0,01$), відбувалось також зниження вмісту МДА (у 1,29 рази – $4,95 \pm 0,27$ мкмоль/л; $p < 0,01$), при цьому рівень стабільних метаболітів нітроксиду підвищувався майже у 1,33 рази ($22,9 \pm 1,4$ мкмоль/л; $p < 0,05$).

Висновки. Динаміка змін метаболічних показників за умов використання традиційного лікування хворих на ЕГ із МС свідчить лише про тенденцію до зниження інтенсивності процесу, натомість застосування у лікуванні таких хворих L-аргініну аспартату супроводжується вірогідним зниженням сполук середньомолекулярної маси, інтенсивності ліпопероксидації та підвищенням вмісту метаболітів нітроксиду.

Перспективи подальших досліджень. Планується продовження досліджень щодо оптимізації антиоксидантного захисту та зниження метаболічних зрушень у хворих на ЕГ із МС.

**ХАРАКТЕР ЗМІН ДЕЯКИХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ
ПОКАЗНИКІВ МІОКАРДА ШЛУНОЧКІВ ЯК ФАКТОР
ОБТЯЖЕННЯ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ
ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

Бурмак Ю. Г., Треумова С. І., Петров Є. Є., Іваницька Т. А.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Вступ. Коморбідність есенціальної артеріальної гіпертензії (ЕАГ) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) залишається найбільш важливою – її розповсюдженість у хворих на ХОЗЛ дорівнює 70%, а сама вона складає більше 50% в структурі смертності. Доведено, що дисфункція лівого шлуночка (ЛШ) є незалежним прогностонегативним фактором, при цьому порушення структурно-функціонального стану правого шлуночка (ПШ) є таким, що підвищує ризик розвитку фатальних ускладнень у означених хворих.

Мета: вивчити особливості структурно-функціональних показників шлуночків у хворих на ЕАГ в умовах коморбідності з ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження. Ехокардіографічне дослідження (Toshiba SSA,380A Powerwision (Японія) було проведено у 37 хворих (чоловіків – 25, жінок – 12, середній вік – 54,7±2,5 років) ЕАГ (II ступінь) із ХОЗЛ (II стадія), що становили основну групу. Групою порівняння були 33 хворих на ЕАГ, що не мали розбіжностей з основною групою за статтю, віком, тривалістю захворювання); контрольною групою були 15 практично здорових осіб.

Результати. У хворих на ПАГ в поєднанні з ХОЗЛ спостерігалось зниження швидкості раннього, пізнього діастолічного наповнення шлуночків та їх співвідношення ($P<0,001$), при цьому час ізоволюмічної релаксації ПШ перевищував такий групи порівняння на 81%, а ЛШ – на 36% ($P<0,001$). Означене свідчило про наявність у хворих на ХОЗЛ із коморбідною ГХ діастолічної дисфункції шлуночків. З'ясовано, що фракція скорочення ПШ у хворих основної групи ($19,8\pm 0,7\%$) була зниженою на 12%, швидкість кровоплину у вихідному тракті становила $0,6\pm 0,003$ м/с і на 33% була нижчою, порівняно із практично здоровими особами ($P<0,001$). Знайдено, що у хворих основної групи максимальна швидкість кровоплину у вихідному тракті ЛШ була зниженою на 19% порівняно із групою зіставлення, а порівняно із практично здоровими особами – на третину ($P<0,001$). На відміну від хворих на ЕАГ у пацієнтів із коморбідною патологією спостерігалось зниження фракції викиду ЛШ на 7,7%, ударного індексу – на 12% ($P<0,05$) за наявності тенденції до зниження серцевого індексу, що було відбиттям наявної систолічної дисфункції ЛШ.

Висновки. У хворих на ЕАГ із коморбідною ХОЗЛ спостерігаються виражені ознаки діастолічної дисфункції шлуночків із раннім розвитком систолічної дисфункції, що є прогностонегативним фактором обтяження і повинно ураховуватись у процесі лікування таких хворих.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження та аналіз показників функції шлуночків за умов використання оптимізованої лікувальної стратегії.

НАРУШЕНИЕ СНА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

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

Цель - изучение нарушений сна у больных с сочетанным течением гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы. Обследование включало 25 пациентов с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа, получающих стандартную терапию: валсартан 160-320 мг/сутки, амлодипин 5-10 мг/сутки, аторвастатин 20-40 мг/сутки, метформин 1000-2000 мг/сутки, аспирин 75 мг/сутки. Средний возраст составил $57,2 \pm 11$ лет. Из них мужчины составили 12%, женщины – 88%. Нарушения сна оценивали при помощи Международной классификации нарушений сна, 3 издание, разработанной Американской Академией Медицины Сна, 2014.

Результаты. Оценка качества и продолжительности сна выявила различные виды диссомнии у достаточно значительной части обследованных. При этом как распространенность нарушений сна, так и частота/продолжительность ассоциированных дневных симптомов были достоверно выше у женщин, так трудности при засыпании испытывали 18,5% женщин, тогда как мужчины таких жалоб не отмечали, 70,3% женщин отмечали невозможным поддерживать непрерывный ночной сон, а среди мужчин подобные нарушения не выявлены. Среди различных видов диссомнии наиболее часто встречались такие, как нарушения поддержания непрерывного сна (у 37,3% обследуемых) и ранние пробуждения (у 33,3% обследуемых). Следствием этого была неудовлетворенность качеством жизни, которая наиболее часто проявлялась в дневной сонливости (у 49,1% обследуемых), нарушении внимания, концентрации или памяти (у 47,1% обследуемых), склонности к ошибкам (у 39,2%), уменьшении энергичности и инициативности (у 31,4%), что приводило к концентрации на ощущении неудовлетворенности своим сном (у 37,3%). При этом у значительного числа обследованных нарушения сна и ассоциированные дневные симптомы присутствуют не менее 3 раз в неделю (39,2%) на протяжении не менее 3-х месяцев (33,3%).

Выводы. Среди различных видов диссомнии у пациентов с сочетанным течением гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа наиболее часто встречались такие, как нарушения поддержания непрерывного сна и ранние пробуждения. Следствием этого была неудовлетворенность качеством жизни, которая наиболее часто проявлялась в дневной сонливости, нарушении внимания, концентрации или памяти, склонности к ошибкам, уменьшении энергичности и инициативности.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА СТАДІЇ СТЕАТОЗУ

Вакалюк І. І.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Мета: оцінити ефективність впливу середньодозової статинотерапії на показники ліпідного спектру крові у хворих на стабільну хворобу серця (ІХС), поєднану з неалкогольною жирОВОЮ хворобою печінки (НАЖХП) на стадії стеатозу.

Матеріали та методи: Обстежено 89 хворих (середній вік $54,2 \pm 5,3$ років) на стабільну ІХС ФК II-III, поєднану з НАЖХП на стадії стеатозу. Усім хворим проводили загальноклінічне обстеження, електрокардіографію, ехокардіографію, коронарографію, ультразвукове дослідження печінки, оцінку функціонального стану печінки, дослідження ліпідного профілю крові. Пацієнти отримували стандартну терапію, відповідно до діючих клінічних протоколів. Залежно від застосованої статинотерапії хворі були поділені на: I група – пацієнти, які отримували розувастатин у дозі 20 мг/добу ($n=38$); II група - пацієнти, які отримували аторвастатин у дозі 40 мг/добу ($n=34$); III група - підгрупу пацієнти, які отримували аторвастатин у дозі 20 мг/добу ($n=17$). Оцінка ефективності лікування проводилась через 6 місяців лікування.

Результати: Через 6 місяців лікування рівень загального холестерину знизився порівняно з початковим значенням на 39,7% (I група); на 32,9% (II група); на 17,9% (III група) відповідно ($p < 0,05$). Рівень тригліцеридів зменшився порівняно з базальним рівнем у хворих I групи на 44,0%; у хворих II групи – на 42,6%; у хворих III групи – на 22,8% відповідно ($p < 0,05$). Рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності знизився порівняно з початковим значенням у хворих I групи на 58,7%; в II групі – на 55,3%; в III групі – на 25,7% відповідно ($p < 0,05$). У хворих I та II груп виявлена клінічна перевага розувастатину 20 мг/добу перед аторвастатином 40 мг/добу, яка характеризувалась меншою частотою побічних ефектів, а саме, дискомфорту та болю в правому підребер'ї в 3 (15,0%) проти 11 (27,5%) пацієнтів, та диспепсичних розладів – у 2 (10,0%) проти 9 (22,5%) хворих відповідно.

Висновки. У хворих на стабільну ІХС, поєднану з НАЖХП на стадії стеатозу встановлено достовірну перевагу тривалого застосування розувастатину в дозі 20 мг/добу, порівняно з прийомом аторвастатину в дозі 20-40 мг/добу, що характеризувалось зниженням рівня ХС ЛПНЩ на 57,7% вже через 3 місяці лікування та досягненням стійкого цільового контролю показників ліпідного спектру крові на 6 місяці спостереження у 32 (84,2%) випадках.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ

Валентинова И. А., Шкапо В. Л.

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

Введение. Метаболический синдром представляет собой совокупность метаболических нарушений, которые значительно повышают риск развития сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета и других заболеваний. Метаболические нарушения оказывают непосредственное влияние на все звенья патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Определить метаболические факторы риска у стационарных больных.

Материалы и методы. Обследовано 161 пациент с коморбидной патологией; средний возраст ($52,4 \pm 7,6$) лет. По гендерным признакам больные были разделены на мужчин 87 (54%) и женщин 74 (46%). Анализировались клинико-anamnestические, антропометрические (окружность талии (ОТ) и индекс массы тела (ИМТ)), гемодинамические (уровень артериального давления (АД)), биохимические (углеводный и липидный профили), показатели.

Результаты. В процессе исследования выявлено: частота встречаемости избыточной массы тела (Индекс массы тела (ИМТ) $25-30$ кг/м²) отмечалась у 18 (21%) мужчин и 23 (31%) женщин. Ожирение (ИМТ >30 кг/м²) выявлено у 25 (29%) мужчин и 29 (39%) женщин. При анализе нарушений углеводного обмена отмечалось наличие сахарного диабета (СД) 2 типа у 23 (26%) мужчин и у 16 (22%) женщин. Гипергликемия натощак (ГГТ) выявлена у 23 (31%) женщин и 24 (28%) мужчин. Нарушение толерантности к глюкозе регистрировалось у 14 (19%) женщин и 14 (16%) мужчин. Анализируя показатели липидного обмена отмечается повышение средних значений общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов и снижение липопротеидов высокой плотности как у мужчин, так и у женщин что является независимым фактором развития сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт.

Выводы. Метаболический синдром встречается в 25-30% случаев у обследованных стационарных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. У данной категории больных значительно возрастает риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Необходим как комплексный подход к профилактике и лечению данной категории больных, так и индивидуальная работа с каждым пациентом.

ПРУЖНО-ЕЛАСТИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ АРТЕРІЙ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ

Візір В. А., Насоненко О. В.

Запорізький державний медичний університет, Україна

Мета: вивчення пружно-еластичних властивостей артеріальної стінки залежно від рівня загального тестостерону сироватки крові у чоловіків із гіпертонічною хворобою II стадії.

Матеріали і методи: обстежені 50 чоловіків віком 47–72 років із встановленим діагнозом гіпертонічної хвороби (ГХ) II стадії, та 12 нормотензивних чоловіків, що склали контрольну групу. Усім учасникам дослідження було виконане загальноклінічне обстеження, оцінка кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE, офісне вимірювання артеріального тиску (АТ), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), неінвазивне визначення пружно-еластичних властивостей артерій осцилометричним методом з використанням діагностичної системи VPLab VasoTens, визначення рівня загального тестостерону (ЗТ) сироватки крові.

Результати: Усі пацієнти були розподілені на квартали в залежності від рівня ЗТ: Q1 (до 1.82 нг/мл) - 14 чол. (28%), Q2 (1.82-2.62 нг/мл) – 17 чол., (34%), Q3 (2.62-3.75 нг/мл) – 10 чол. (20%), Q4 (вище 3.75 нг/мл) – 9 чол. (18%). Хворі з концентрацією ЗТ у межах Q1 у 64,3% випадках мали високий ризик серцево-судинних подій за шкалою SCORE, тоді як обстежені з Q4 – у 22,2%. Пацієнти з ГХ та рівнем ЗТ у межах Q1 характеризувались підвищеною жорсткістю артерій, оціненою за допомогою реєстрації збільшення швидкості розповсюдження пульсової хвилі аортою (аоШПХ) та індексу аугментації (Aix), причому різниця у вказаних показниках між Q1 та Q4 виявилась статистично значущою. Спостерігалась тенденція до підвищення аоШПХ та зниження часу розповсюдження відбитої хвилі (RWTT) з віком серед усіх обстежених, що пов'язано зі зниженням еластичності артерій, але у пацієнтів із ГХ та рівнем ЗТ <1.82 нг/мл реєструвались вірогідно вищі показники аоШПХ (середній показник аоШПХ у обстежених цієї групи склав $11,3 \pm 0,8$ м/с при $9,0 \pm 1,1$ м/с у контрольній групі, $p < 0.05$), що характеризує додатковий вплив андрогенного дефіциту на розвиток васкулярного ремоделювання у чоловіків, хворих на ГХ.

Висновок: пружно-еластичні властивості артеріальних судин у чоловіків із гіпертонічною хворобою на тлі андрогенного дефіциту зазнають змін, при зниженні рівня тестостерону сироватки корелює із розвитком підвищеної жорсткості артерій.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Волик М. С., Молодан В. И.

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

Актуальность: Острая почечная недостаточность (ОПН), в зависимости от объема и времени оказания медицинской помощи, в 70% случаев приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН), смертность достигает 90%.

Цель: Проанализировать возможность предупреждения развития осложнений ОПН на примере клинического случая.

Клинический случай: В Харьковской городской клинической больнице скорой и неотложной медицинской помощи им. А.И.Мещанинова 14.08.17 в хирургическом отделении был консультирован пациент С., 46 лет. На основании жалоб на: олигоанурию, рвоту в течение 2-х дней, отсутствие позывов к мочеиспусканию, общую слабость, головную боль; анамнеза заболевания: 12.08.17 г. был urgently госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: острый панкреатит. После катетеризации мочевого пузыря в приемном отделении – 200 мл мочи, в дальнейшем – олигоанурия; Объективные данные: легкое оглушение, кожа и слизистые бледные, сухие, тургор снижен. ЧДД=25/мин. АД=90/70 мм.рт.ст., ЧСС=98 уд.в мин. Язык сухой, обложен серо-бурым налетом. Лицо отечно. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Диурез-400 мл. за прошлые сутки; с учетом лабораторно-инструментальных исследований (от 14.08.2017): клинический анализ крови – лимфопения 18%, лейкоцитоз 9,5 г/л, клинический анализ мочи – гипоизостенурия, уд. вес-1005, моча темно-ржавого цвета, белок 1,2 г/сут, эритроциты 3-4 в п/зр, лейкоциты 13 в п/зр, Биохимический анализ крови: гиперкалиемия 6,3 ммоль/л, гипокальциемия 1,85 ммоль/л, гипохлоремия 76 ммоль/л, гиперфосфатемия 1,59 ммоль/л, креатинин 245,6 мкмоль/л, мочевины 19,2 ммоль/л, СКФ(СКД-ЕРІ) 26,1 мл/мин. УЗИ почек: правая 12,5*6,5 см., левая 12,4*6,8 см, паренхима утолщена до 22 мм. Был установлен окончательный диагноз: Острое олигурическое повреждение почек Пост.от 12.08.2017. N17. Оказание неотложной помощи: реосорбилакт 200 мл/сут в/в, латрен 200,0 мл, раствор 5% гидрокарбоната натрия 200 мл, дофамин 0,25% 50 мл, 200 мл 20% раствора глюкозы + аскорбиновая кислота 10,0 в/в + инсулин п/к. В результате у пациента возобновился диурез, показатели креатинина, мочевины снизились на 3-й день лечения, восстановились до нормальных значений к 7-му дню.

Выводы: была выполнена профилактика осложнений ОПН при наличии факторов риска поражения почек: быстрая регидратация, снятие сосудистого спазма, борьба с ацидозом и гиперкалиемией, что позволило избежать гемодиализа и развития ХПН.

ДИНАМИКА ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СТАТИНАМИ

Волков В. И., Рябуха В. В., Сердобинская-Канивец Э. Н.,
Комир И. Р., Ченчик Т. А.

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

Цель: сравнить уровни про- и противовоспалительных цитокинов (интерлейкина 6 (ИЛ-6) и интерлейкина 10 (ИЛ-10) у больных ИБС и ИБС с сахарным диабетом 2 типа (СД) на фоне лечения аторвастатином и розувастатином

Материалы и методы. Обследовано 107 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов, из которых 52 пациента имели сопутствующий СД. Пациенты были распределены в зависимости от получаемого статина и наличия СД. Уровни ИЛ-6 и ИЛ-10 определяли иммуноферментным методом. Концентрации общего холестерина и фракции липопротеидов определяли ферментативным методом коммерческими наборами с использованием иммуноферментного анализа. Исследование проводилось на момент включения пациента и через 3 мес. лечения на фоне проводимой стандартной терапии, включающей ацетилсалициловую кислоту, бета-адреноблокатор, ингибитор АПФ, статины (аторвастатин 2 мг или розувастатин 10мг).

Результаты исследования. В группе больных ИБС без СД на фоне приема аторвастатина (n=29) и розувастатина (n=26) через 3 мес. терапии отмечалось достоверное снижение ХСЛПНП ($p<0,01$), при этом уровень ИЛ-6 был выше в группе аторвастатина ($5,1\pm 0,52$) пг/мл, против ($4,8\pm 0,34$) пг/мл) и не имел достоверных отличий ($p<0,5$). Уровень ИЛ-10 так же не имел достоверных отличий в сравниваемых группах – ($5,4\pm 0,91$) пг/мл и ($5,0\pm 0,72$) пг/мл, соответственно. При обследовании пациентов с ИБС и СД выявлено, что при относительно равном снижении уровня ХСЛПНП в группе аторвастатина (n=22) и розувастатина (n=30) обеих группах, отмечено снижение уровня ИЛ-6 в группе розувастатина ($5,8\pm 0,61$) пг/мл, против ($6,6\pm 0,95$) пг/мл в группе аторвастатина ($p<0,5$). Уровень ИЛ-10 имел достоверные отличия: ($7,7\pm 0,57$) пг/мл – в группе розувастатина и ($5,3\pm 0,83$) пг/мл в группе аторвастатина ($p<0,05$).

Выводы. Назначение гиполипидемической терапии пациентам с ИБС приводит к снижению не только ХСЛПНП, но динамике уровней про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-6 и ИЛ-10). В группе больных ИБС и СД прием розувастатина приводил к снижению уровня провоспалительного цитокина ИЛ-6 и достоверному повышению противовоспалительного цитокина (ИЛ-10) по отношению к аторвастатину, а разница в снижении ХСЛПНП была не значимой.

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ПАТОЛОГІЇ ЛЕГЕНЬ. ПОКАЗАННЯ. РЕЗУЛЬТАТИ

Волошин Я. М., Калабуха І. А., Івашенко В. Є., Маєтний Є. М.,
Веремєско Р. А., Олесь А.Є., Хмель В. В.

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

Мета: підвищити ефективність хірургічного лікування патології легень.

Матеріали і методи: у торакальному відділенні інституту за останні 25 років виконали органозберігаючі операції у 207 хворих: з приводу гамартохондроми – у 140 хворих (63,67 %), фіброаденоми – у 7 (3,38 %), солітарної кісти – у 11 (5,31 %), туберкульоми – у 47 (22,22 %) і каверни – у 2 (1,46 %). Чоловіків було 112 (54,1 %), жінок – 95 (45,9 %), у віці від 8 до 67 років, більшість – 118 (57,0 %) була від 20 до 40 років. Патологічні утворення були до 2,0 см в діаметрі у 58 хворих (28,01 %), від 2,0 до 4,0 см – у 137 (66,17 %) і більше 4,0 см – у 12 (5,81 %).

Результати та їх обговорення. Розроблений нами спосіб прецизійної резекції легені застосували у 97 хворих (46,85 %), при чому з поєднанням цукровим діабетом у 37. Спосіб включає такі положення: над утворенням розсікали вісцеральну плевру або легеневу тканину і зондом Кохера виділяли утворення, проводили аеро- гемостаз, рану легені зашивали П-подібними швами.

Прецизійна резекція легені, як самостійна операція, виконана у 179 хворих (86,47 %), і як етап комбінованої резекції – у 28 (13,53 %).

Патологічне утворення знаходилось субплеврально у 154 хворих (74,39 %), у глибині легеневої тканини – у 53 (25, 61 %). Найчастіше утворення локалізувались у S3, S2 та S6 – у 109 хворих (52,65 %), у міждольовій борозді – у 23 (11,11 %) і у кореня легені – у 27 (13,04 %). У 185 (89,37 %) виявлено по одному патологічному утворенню, по 2 – у 19 (9,18 %), по 4 – у 3 (1,45 %). Утворення знаходилось у правій легені у 124 (59,9 %), у лівій – 78 (37, 68 %) і у 5 (2, 42 %) – в обох легенях. Клінічна ефективність досягнута у всіх прооперованих хворих. Це дозволяє рекомендувати застосування цього виду операцій частіше, дотримуючись розроблених нами показань. На основі багаторічного досвіду ми вважаємо, що оптимальними умовами для ізольованого видалення патологічного утворення є субплевральне розташування, з чіткими контурами, без перифокального запалення і без вогнищевої дисемінації навколишньої тканини. Запропонована методика прецизійної резекції дозволила зберегти: 1-2 сегменти у 44 хворих (45,36 %), частку – у 28 (28,87 %) і легеню – у 25 (25,77 %).

Висновки. Таким чином, запропонована методика прецизійної резекції дозволяє зберегти здорову легеневу тканину, яка неминуче видаляється з утворенням при загальноприйнятих резекціях, попереджає інвалідизацію хворого та зберігає у віддаленому періоді високий клінічний ефект.

НОВІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

Волошин Я. М., Калабуха І. А., Хмель О. В., Палівода М. Г.,
Іващенко В. Є., Брянський М. В.

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

Мета: підвищити ефективність хірургічного лікування хворих з вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб у 248 пацієнтів з вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень прооперованих у торакальному відділенні інституту. Показаннями до операції були: туберкульома легені у 158 хворих (63,70 %), вогнищевий туберкульоз у фазі розпаду – у 10 (4,03 %), кавернозний – у 4 (1,61 %), фіброзно-кавернозний – у 68 (27,43 %) і казеозна пневмонія – у 8 (3,23 %).

Результати та їх обговорення. Всім хворим виконали операції: атипова та типова сегментектомія у 98 хворих (39,52 %), лобектомія – у 75 (30,24 %), комбінована резекція – у 32 (12,9 %), екстракапсулярне видалення туберкульоми по запропонованій автором методиці – у 25 (10,08 %) і пневмонектомія – у 18 (7,26 %). Резекції виконали у 77 хворих (31,04 %) з допомогою нових технологій біологічного зварювання м'яких тканин. Післяопераційні ускладнення виникли у 34 хворих (13,7 %). У післяопераційному періоді помер один хворий (0,40 %) від тромбоемболії легеневої артерії.

Клінічна ефективність досягнута у 247 хворих (99,6 %).

При патоморфологічному дослідженні препаратів встановлено, що виражена активність специфічного процесу спостерігалась у 202 хворих (81,45 %) незалежно від тривалості хіміотерапії до операції. Найбільш сприятливий перебіг післяопераційного періоду відмічено у хворих з туберкульомами, які лікувались до операції від 1 до 3 місяців і фіброзно-кавернозному туберкульозі – 3-5 місяців. Лікувальна тактика у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень повинна вирішуватись фізизіатрами разом з фізизіохірургами після виявлення захворювання в індивідуальному плані. Це дозволило 60 % хворим закінчити лікування без переводу їх на інвалідність протягом 10-12 місяців.

У віддаленому періоді спостереження (1-18 років) клінічна ефективність залишилась у 96,27 % пацієнтів.

Висновки. У хворих з вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень питання оперативного лікування повинні вирішувати в індивідуальному порядку. Свочасне виконання операцій з використанням нових хірургічних технологій дозволило досягнути повного клінічного ефекту.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ ЗАСОБІВ НА СТАН СИСТЕМИ ЦИСТАТІОНІН-Г-ЛІАЗА / H₂S В ПЕЧІНЦІ ТА СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗАХ ЩУРІВ З ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ СИМВАСТАТИНУ

Волощук Н. І., Данченко О. П.

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

Мета: оцінити вплив триметазидину та тіотриазоліну на вміст гідроген сульфідів та його основних продуцентів – цистатіонін- γ ліази (ЦГЛ) в печінці та скелетних м'язах щурів з гіперхолестеринемією на тлі застосування симвастатину.

Матеріали і методи: досліди проведені на 69 щурах-самцях Вістар, які отримували гіперхолестеринемічну (3% холестерин) дієту протягом 4-х тижнів. Першу групу склали інтактні щурі. Інші тварини були розподілені на групи, які на тлі гіперхолестеринемічної дієти отримували або симвастатин (60 мг/кг/день), симвастатин і тіотриазолін (50 мг/кг/день), симвастатин і триметазидин (10 мг/кг/день). Визначали вміст гідроген сульфідів та ЦГЛ в печінці та скелетних м'язах щурів спектрофотометричним методом.

Результати. На моделі індукованої гіперліпідемії раніше було встановлено, що призначення тіотриазоліну потенціює гіполіпідемічну дію симвастатину, тоді як триметазидин вірогідно не змінює цей ефект. Наші результати підтвердили важливу роль, яку відіграє система гідроген сульфідів (H₂S) в механізмах уражень серцево-судинної системи за умов атеросклерозу. Так, згідно наших даних, за умов експериментального атеросклерозу вміст гідроген сульфідів в печінці та скелетних м'язах статистично вірогідно знижувався на 25,3 та 22,9%, відповідно. Симвастатин, поряд із гіполіпідемічною дією, викликав ще більш виразне зниження цього газотрансмітера в основних органах-мішенях (на 43,1% в печінці та на 38,6% в скелетних м'язах, в порівнянні з інтактними тваринами), що негативно відображається на біохімічному та функціональному статусі останніх.

Введення метаболітотропних засобів на тлі гіперхолестеринемії, лікованої симвастатином, суттєво відрізнялось за впливом на рівень гідроген сульфідів в органах щурів. Одночасне призначення тіотриазоліну протидіє падінню рівня гідроген сульфідів (його кількість зростала в печінці та скелетних м'язах на 35,0 та 31,5% в порівнянні з монотерапією симвастатином), тоді як застосування триметазидину не супроводжувалось достовірними змінами рівня H₂S в органах щурів.

Висновок. Таким чином, застосування тіотриазоліну потенціює гіполіпідемічний ефект симвастатину та, водночас, нормалізує вміст гідроген сульфідів, що може бути перспективним напрямком підвищення ефективності при лікуванні статинами.

ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМІВ 5318C>G ТА 46G>A ГЕНА ADRB2 СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Гальчінська В. Ю., Петеньова Л. Л., Бондар Т. М.

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

Поліморфізм гена бета-2-адренергічного рецептора (ADRB2) асоціюється з ризиком розвитку метаболічних порушень, бронхіальної астми та серцево-судинних захворювань, проте спостережувані асоціації носять деколи протилежний характер в різних популяціях.

Мета: оцінити поширеність поліморфізмів 5318C>G та 46G>A гена ADRB2, які призводять до амінокислотних замін Gln27Glu та Arg16Gly, відповідно, серед мешканців харківського регіону.

Матеріали і методи: до дослідження залучені 82 особи, що проживають у харківському регіоні, середній вік (45 ± 7) років, з них чоловіків - 13, жінок - 69. Виділення та очищення ДНК з цільної крові проводили за допомогою набору реактивів "ДНК-сорб-В" (Амплісенс, РФ). Генотипування поліморфних сайтів 5318C>G (rs1042714) та 46G>A (rs1042713) гена ADRB2, здійснювали методом ПЛР в режимі реального часу з використанням набору реагентів «SNP-ЭКСПРЕСС-SHOT» («Литех», РФ) за допомогою системи детекції продуктів ПЛР в реальному часі CFX96 Touch (BioRad).

Результати: Розподіл генотипів поліморфізму гена ADRB2 відповідав рівновазі Харді-Вайнберга (для 5318C>G $p_{\chi^2} = 0,44$; для 46G>A $p_{\chi^2} = 0,68$). За поліморфним сайтом 5318C>G було виявлено наступний розподіл генотипів: CC (гомозигота за мажорним алелем) – 27 (32,9 %), CG (гетерозигота) – 43 (52,4 %) і GG (гомозигота за мінорним алелем) – 12 (14,6 %). Генотипи GG, GA та AA поліморфізму 46G>A мали 28 (35,4 %), 38 (46,3 %) та 16 (18,3 %) осіб, відповідно.

Частота мінорного алеля поліморфізму 5318C>G склала 0,409 та була вищою порівняно з даними MAF Source: 1000 Genomes ($G=0,2043/1023$), однак не відрізнялась від частоти, характерної для європейської популяції, за даними ALFRED: The Allele Frequency Database ($G=0,44/18370$). Для поліморфізму 46G>A частота зустрічальності алеля А становила 0,415, та суттєво не відрізнялась від європейської популяції (MAF Source: 1000 Genomes $A=0,4756/2382$).

Висновок: частота зустрічальності мінорних метаболічно несприятливих алелей поліморфізмів 5318C>G та 46G>A гена ADRB2 серед мешканців харківського регіону суттєво не відрізнялась від частоти, характерної для європейської популяції, та становила 40,9 % та 41,5 %, відповідно.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА МАРКЕРИ СУБКЛІНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ СПОНТАННОЮ ГІПЕРІНСУЛІНЕМІЄЮ

Гаман І. О., Човганюк О. С.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: оцінити вплив комплексного лікування на маркери субклінічного ураження органів-мішеней у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) із спонтанною гіперінсулінемією (ГІ).

Матеріали і методи. Обстежено 36 хворих (12 чоловіки, 24 жінки) на АГ із ГІ, середній вік (57 ± 11) роки. Проведено загально-клінічне обстеження, добове моніторування артеріального тиску, пероральний глюкозо-толерантний тест із визначенням рівня глюкози (глюкозо-оксидазний метод) та ендогенного інсуліну (ЕІ); визначено рівень В-типу натрійуретичного пептиду (ВНП), С-реактивного протеїну (СРП) та фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) в плазмі крові (імуноферментний метод), мікроальбумінурію (МАУ)/протеїнурію в добовій сечі. Хворі отримували антагоніст кальцію лерканідипін, блокатор рецепторів ангіотензину II ірбесартан у терапевтично ефективних дозах, аторвастатин по 20 мг/добу та метформін по 500-1000 мг/добу протягом впродовж року. Контрольну групу склали 10 здорових осіб.

Результати. За даними ДМАТ рівні середньодобового САТ та ДАТ були вищими на 26,5% та 25,0% порівняно з контролем ($p < 0,05$). Несприятливий добовий профіль «non-dipper» виявлено у 60,0% випадках. Рівень ЕІ натще перевищував у 2,6 рази рівень у контролі – ($12,16 \pm 2,16$) мкОД/мл, постпрандіальний рівень ЕІ – у 3,0 рази ($p < 0,05$). Показник СРП виявився підвищеним у 6,5 разів порівняно з контролем – ($1,45 \pm 0,15$) мг/л ($p < 0,05$), рівень ФНП- α – підвищеним у 1,8 рази (контроль – ($5,14 \pm 0,41$)) пг/мл ($p < 0,05$). Мікроальбумінурію/протеїнурію виявлено у 13 (36,1%)/4 (11,1%) випадках ($p < 0,05$).

Під впливом лікування спостерігалася позитивна динаміка показників ДМАТ із досягненням цільового рівня АТ в 57,9% випадків. Рівень ЕІ натще і після навантаження зменшився на 39,5% і 41,9% ($p < 0,05$) відповідно порівняно із базальними рівнями. Рівень ВНП знизився на 11,7%; показник ФНП- α – зменшився на 41,9%; рівень СРП – знизився у 2,3 рази ($p < 0,05$) порівняно з базальними рівнями ($p < 0,05$). Частота виявлення МАУ/протеїнурії зменшилася з 47% до 22% випадків.

Висновок. Комплексне лікування з включенням лерканідипіну, ірбесартану, атовастатину і метформіну зменшує інтенсивність системного запалення за цитокіновим профілем (ФНП- α) і за рівнем СРП в крові, сприяє зниженню рівня ВНП, зменшенню МАУ/протеїнурії, виявляє кардіо-ренальний протективний вплив у хворих на АГ із спонтанною ГІ.

**ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА
КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДИНАМІЦІ
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ХВОРИХ
ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
НА ТЛІ ОЖИРІННЯ**

Гасанов Ю. Ч.

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

Актуальність. Хронічна серцева недостатність (ХСН), у осіб з надмірною масою тіла — одна з найактуальніших медико-соціальних проблем в Україні і усьому світі з огляду на прогресуючі захворюваність та смертність, інвалідизацію, фінансові й соціальні втрати. Відкритим залишається питання індивідуалізації режиму та контролю дозування бета-адреноблокаторів, наріжним каменем чого є оцінка показників кардіогемодинаміки, частоти та ритму серцевих скорочень.

Мета дослідження. Підвищення ефективності застосування метопролола сукцинату у хворих із ХСН на фоні ожиріння шляхом оцінки варіабельності серцевого ритму та кардіогемодинаміки.

Матеріали та методи. В динаміці 1 року обстежено 127 осіб з ХСН II-III стадії 1-4 ФК (NYHA), на базі ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» у віці 32–87 (62,5 [56; 73]) років, з них 92 чоловіка і 35 жінок. За індексом маси тіла нормальну вихідну вагу мали 17 (13,3 %) пацієнтів, надмірну та ожиріння 110 (86,7%) осіб. Центральну гемодинаміку досліджували доплер- та ехокардіографічним методом («Vivid 3», General Electric, США), варіабельність серцевого ритму — холтерівським моніторингом («Кардіосенс», ХАІ-Медика, Україна). Непараметричний статаналіз проведено за критичного р-рівня 0,05, відмінності оцінено за Віллкосоном.

Результати. Вірогідного поліпшення сягли фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка (51 [45; 54] % проти 43 [37; 47] %, $p=0,03$), кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка (КДРлш) (5,3[4,8; 5,7] мм проти 5,8 [5,4; 6,2] мм, $p < 0,05$). Динаміка показників серцевого ритму визначалася стабілізацією із зниженням частот високого й середнього ризику за величиною стандартного відхилення середньої тривалості R–R, оптимізацією параметрів вегетативного балансу.

Висновки. Застосування метопролола сукцинату в однорічній динаміці під контролем параметрів кардіогемодинаміки й варіабельності серцевого ритму демонструє вірогідно позитивну тенденцію при лікуванні пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння. Перспективою подальших досліджень може бути вивчення ролі поліморфізму генів білків, що беруть участь у метаболізмі метопролола сукцинату, зокрема ізоферменту системи цитохрому P450 2D6, у ефективності впливу цього препарату на показники гемодинаміки та серцевого ритму у пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння.

ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ОЗНАКИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ПРИ РОЗВИТКУ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Гетман О. А., Крахмалова О. О.

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

Мета: визначити характерні зміни структури і функції серця у осіб, хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС), при розвитку у них легеневої гіпертензії (ЛГ).

Матеріали та методи: було обстежено 121 пацієнта з ХОЗЛ та супутньою ІХС. При відборі хворих враховувалися підписання добровільної інформованої згоди пацієнтів на участь в дослідженні; наявність верифікованого ХОЗЛ в фазу ремісії; верифікованої хронічної форми ІХС (ІМ не раніше 6 міс. до включення пацієнта у дослідження). Ті пацієнти, у яких розвинулась ЛГ становили основну групу (n=68), ХОЗЛ та ІХС без ЛГ – група порівняння (n=53). Неінвазивна оцінка гемодинаміки проводилася за допомогою доплерехокардіографії на ультразвуковому аналізаторі «Philips IU 22» (USA), за допомогою фазованого датчика 2,5-5,0 МГц. Усім хворим було проведено стандартне клініко-інструментальне обстеження. Окрім стандартних показників Ехо-КС, особливу увагу приділяли визначенню стану правих відділів серця та тиску в легеневій артерії. Ехо-КС проводили відповідно до сучасних стандартів і рекомендацій Американського ехокардіографічного товариства.

Результати. У пацієнтів з ХОЗЛ і ІХС та ЛГ виявлено значуще збільшення правих камер серця, товщини передньої стінки ПШ і зменшення кінцево-діастолічного розміру ЛШ в порівнянні з групою ХОЗЛ і ІХС без ознак ЛГ, більш виражене у пацієнтів груп С і D ХОЗЛ (p <0,05). За даними 2D ЕхоКС у пацієнтів з ХОЗЛ і ІХС відзначалося достовірне зменшення параметрів RVFAC і TAPSE в порівнянні з групою без ознак ЛГ, більш виражене у пацієнтів В-С груп ХОЗЛ (p <0,05). В основній групі RVFAC склало 27,0 [23,0; 30,5] %, в контрольній групі – 25,5 [21,0; 28,0]%, TAPSE – 1,5 [1,3; 1,6] см в обох групах, відповідно. У пацієнтів з ХОЗЛ груп А та С RVFAC склало 30,5 [29,0; 33,0]%, груп В та D – 23,0 [21,5; 26,0]%, TAPSE – 1,6 [1,5; 1,7] і 1,3 [1,1; 1,4] см, відповідно. При зіставленні показників структурно-функціонального стану серця з параметрами клініко-функціонального, гемодинамічного і гуморального статусу найбільш тісний кореляційний зв'язок виявлено між RVFAC і дистанцією в тесті з 6-хв. ходюю (r = 0,54, p <0,05); TAPSE і остеопонтином (r = 0,70; p <0,05).

Висновки: описані зміни в стані серцево-судинної системи у пацієнтів, які страждають на ХОЗЛ та ІХС, з великою часткою ймовірності можуть бути предикторами виникнення, а також факторами обтяження вже наявної легеневої гіпертензії у цієї групи хворих.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ДИНАМИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гонцарюк Д. А.

ВГУУ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», кафедра внутренней медицины и инфекционных болезней

Хронический панкреатит является заболеванием, способствующим снижению работоспособности, развитию соматогений, что отражается на качестве жизни пациентов.

Цель работы. Изучить влияние лечебной физкультуры (ЛФК) на качество жизни больных ХП в комплексе восстановительных мероприятий, применяемых в амбулаторной практике, путем использования опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Материалы и методы. Обследовано 23 больных с ХП в возрасте от 26 до 43 лет, давностью заболевания от 7 до 10 лет. Относительно гендерных особенностей – преобладали мужчины (16 человек). Вредные привычки подтвердило 13 больных. Синдром внешнесекреторной недостаточности легкой степени выявлен у 12 больных, средней степени – у 5 пациентов. Масса тела была повышена у 5 больных (преимущественно женщин), отмечалось снижение мышечной массы у 21 больного.

Для оценки степени улучшения гастроэнтерологической симптоматики проводили опрос по 15 вопросам опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), которые формируют 6 шкал (болевой, рефлюкс-синдром, диарейный, диспепсический синдромы, синдром запоров, шкала суммарной оценки). Показатели шкал колебались в пределах от 1 до 7 баллов, высшее количество баллов свидетельствовало о худших показателях качества жизни. Исследование проводилось до и после 21 дня занятий. При этом выполнялись рекомендации гастроэнтеролога по медикаментозным способам восстановительного лечения. Упражнения ЛФК выстраивались согласно методики постепенного увеличения нагрузки.

Результаты исследования. Вначале наблюдения отмечались высокие показатели по шкалам диспепсический синдром ($5,8 \pm 0,6$ б.) и бал суммарной оценки по всем шкалам ($19,54 \pm 1,71$ б.). Через 21 день от начала занятий установлено значительное улучшение по показателям диспепсического синдрома, они уменьшились в 1,7 раза, а показатели по шкале суммарной оценки снизились в 1,53 раза.

Вывод. Использование занятий лечебной физкультуры в восстановительном лечении больных хроническим панкреатитом в течение 2-х месяцев способствует уменьшению интенсивности симптоматики диспепсического синдрома и показателей по шкале суммарной оценки, что положительно отразилось на качестве жизни пациентов.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ HELICOBACTER PYLORI-АСОЦІЙОВАНИХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЙ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Гончарук Л. М., Гресько С. О.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна*

Мета: визначити патогенетичні особливості *Helicobacter pylori* (Нр)-асоційованих гастродуоденопатій (ГДП), індукованих нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), у хворих на остеоартроз (ОА).

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 70 хворих на ОА із супутніми Нр-асоційованими ГДП, індукованими НПЗП. Залежно від діагностованого ступеня ураження травного каналу хворі поділялися наступним чином: група I - 40 пацієнтів із Нр-позитивним НПЗП-індукованим гастритом+дуоденітом, група II – 30 осіб із Нр-асоційованими ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки, індукованими НПЗП. Усім хворим для діагностики ГДП було проведено фіброгастродуоденоскопію з прицільною біопсією. Наявність Нр визначали шляхом інвазивної експрес-діагностики інфекції за уреазною активністю біоптату. Визначення протеолітичної активності плазми крові проводили за методом К.Н. Веремеєнко, О.П. Голобородько та ін.. Метод ґрунтується на визначенні лізису азоальбуміну (низькомолекулярних білків), азоказеїну (високомолекулярних білків) та азоколу (колагену).

Результати дослідження. У хворих на ОА із НПЗП-індукованими ГДП спостерігали зростання необмеженого протеолізу, що підтверджувалось достовірним підвищенням інтенсивності лізису низькомолекулярних білків (азоальбуміну), високомолекулярних білків (азоказеїну) та колагенолітичної активності крові (азоколу) у порівнянні з групою практично здорових осіб. Можна стверджувати про виникнення порушень у діяльності протеїназно-інгібіторної системи плазми крові, що проявляється зростанням активності протеаз. У хворих II групи лізис азоальбуміну, азоказеїну та азоколу достовірно зростали, відповідно, у 2,92 рази, 2,82 рази та 1,88 рази, а у хворих I групи досліджувані показники протеолітичної активності плазми крові підвищувались, відповідно, у 1,88 рази ($p<0,05$), у 1,98 рази ($p<0,05$) та у 1,36 рази ($p<0,05$) порівняно із даними показниками у практично здорових. Зростання протеолітичної активності плазми крові зумовлює розвиток патологічних процесів у слизовій оболонці травного каналу та сприяє розвитку ерозивно-виразкових уражень.

Висновки: при Нр-асоційованих ГДП, спричинених НПЗП, у хворих на ОА спостерігається зростання необмеженого протеолізу, що підтверджувалось достовірним підвищенням інтенсивності лізису низькомолекулярних білків (азоальбуміну), високомолекулярних білків (азоказеїну) та колагенолітичної активності крові (азоколу).

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ІЗ СУПУТНІМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТОЗОМ

Грібенюк О. В., Кузьміна Н. В.

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

Мета дослідження: вивчити та оцінити клінічну ефективність і безпечність препаратів урсодезоксихолієвої кислоти (УДХК) та мельдонію у складі комплексної терапії хворих із коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби (ГХ) II ст. та неалкогольного стеатогепатозу (НАСП).

Обстежено 102 пацієнтів із поєднаним перебігом ГХ II ст. та НАСП, 34-м з яких призначалась адекватна базисна терапія ГХ, 30 пацієнтам – комплексне лікування базисними препаратами та УДХК (10-15 мг/кг/д), 38 пацієнтам додатково до стандартної терапії рекомендували мельдоній (500 мг/д) протягом 8 тижнів. Усім пацієнтам на початку дослідження та після лікування проводилось комплексне лабораторно-інструментальне обстеження із оцінкою показників добового моніторингу артеріального тиску, судинно-рухливої функції (СРФ) ендотелію (D. Celermajer, 1992), визначенням показників ліпідного спектру (спектрометричним методом), маркерів активності неспецифічного системного запалення (НСЗ) – високочутливого С-реактивного протеїну та фактора некрозу пухлин α , інсуліну із розрахунком індексу НОМА, адипонектину сироватки крові (методом імуноферментного аналізу).

Проведене дослідження свідчить про наявність значних метаболічних порушень у хворих із поєднанням ГХ II ст. та супутнього НАСП, що може сприяти прогресуванню вже існуючих захворювань та погіршувати прогноз пацієнтів. Комплексне застосування препарату УДХК разом із стандартною терапією у пацієнтів із поєднанням артеріальної гіпертензії та НАСП порівняно з групою лише базисного лікування сприяє більш суттєвому зниженню показників ліпідного спектру ($p < 0,05$). Призначення комплексної терапії із додаванням препарату мельдонію порівняно з групами стандартного лікування та стандартної терапії + УДХК позначається позитивними ефектами як зі сторони показників гемодинаміки (сприяє нормалізації рівня АТ, зменшенню його варіабельності та відновленню СРФ ендотелію, $p < 0,05$), так і позитивно впливає на більшість показників ліпідного, вуглеводного і жирового обмінів (сприяє зменшенню проатерогенних змін сироватки крові, зниженню активності маркерів НСЗ та інсулінорезистентності, а також підвищенню рівня адипонектину сироватки крові, $p < 0,05$).

Таким чином, комплексне лікування хворих із коморбідністю ГХ II ст. та НАСП базисними препаратами та мельдонієм може сприяти відновленню метаболічного статусу, загальмувати розвиток майбутніх порушень обміну речовин та зменшити серцево-судинний ризик.

СИНДРОМ ЭОЗИНОФИЛИИ – МИАЛГИИ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Синдром эозинофилии-миалгии – системное ревматическое заболевание, характеризующееся своеобразным клинико-лабораторным симптомокомплексом, развитие которого связано с длительным приемом L-триптофана.

Клинические проявления заболевания чрезвычайно разнообразны, в патологический процесс могут вовлекаться любые органы и системы, поражение которых протекает на фоне различных нарушений клеточного и гуморального иммунитета.

Синдром эозинофилии-миалгии может начинаться остро или постепенно и в своем развитии проходит несколько стадий. К ранним признакам синдрома относится прежде всего выраженная миалгия, которая развивается, как правило, очень быстро (в течение 1-5 дней) и обычно носит генерализованный характер. Развитию миалгии может сопутствовать появление непродуктивного кашля и одышки. При этом рентгенологически могут обнаруживаться двусторонние легочные инфильтраты, иногда плеврит.

К ранним симптомам заболевания относятся также отеки конечностей, чаще нижних, стойкая субфебрильная температура, похудание, быстрая утомляемость. У большинства больных одновременно с миалгией или через несколько дней после ее начала возникает кожная сыпь, чаще в виде пятнистой эритемы. Характерно также поражение суставов, как правило, в виде артралгий.

Для хронической стадии синдрома наиболее типичным является поражение кожи, напоминающее диффузный эозинофильный фасциит или склереду Бушке. На фоне персистирующей миалгии постепенно развивается проксимальная, реже – генерализованная, мышечная слабость. Типичным проявлением синдрома эозинофилии-миалгии считается также нейропатия. Суставная патология проявляется гибкательными контрактурами, преимущественно коленных, плечевых и лучезапястных суставов. Развивается кардиальная патология в виде атриовентрикулярной блокады, миокардита, гипертрофии правых отделов сердца, поражения митрального и трикуспидального клапанов.

В лабораторных исследованиях определяются эозинофилия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, тромбоцитоз и умеренная анемия.

Для постановки диагноза требуется наличие трех критериев. Клиническим критерием синдрома эозинофилии-миалгии является генерализованная миалгия. Лабораторным критерием служит эозинофилия. Третьим критерием считается отсутствие других причин (опухоль, инфекция), которые могут вызвать миалгию и эозинофилию.

Лечение синдрома эозинофилии-миалгии предусматривает в первую очередь отмену L-триптофана. В острой стадии и при хронизации процесса, наблюдающейся у 57-93% больных, используются глюкокортикостероиды, а в случаях их неэффективности показана сочетанная терапия глюкокортикостероидами и метотрексатом.

СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Системная склеродермия (ССД) характеризуется поражением практически всех органов и систем, в том числе нервной системы. Патология центральной нервной системы чаще обусловлена поражением церебральных сосудов, что является отражением генерализованной сосудистой патологии, характерной для ССД. Больных беспокоят головные боли, головокружение, чувство тяжести и шум в голове. Часто наблюдаются психическая депрессия, повышенная раздражительность, беспокойство, плаксивость, снижение памяти, нарушение сна. Возможно развитие энцефалита и менингоэнцефалита. У отдельных больных развиваются ишемические и геморрагические инсульты, притом острые нарушения мозгового кровообращения могут возникать уже в раннем периоде болезни. Так, из наблюдаемых нами 3 больных ССД, у которых развился ишемический инсульт, в одном случае (у женщины 26 лет) продолжительность заболевания составляла 3 года.

У 34 пациенток имели место острые психические расстройства, в дальнейшем периодически рецидивировавшие. Больные отмечали критическое отношение к своему психоэмоциональному состоянию даже в острые периоды.

Более частым при ССД является поражение периферической нервной системы, характеризующееся обычно полиневритическим синдромом, реже – развитием мононеврита и радикулоневрита. Полиневритический синдром при ССД имеет определенные особенности: 1) преобладают ирритативные формы полиневрита, двигательные расстройства наблюдаются лишь у отдельных больных; 2) спонтанные боли обычно отсутствуют, отмечаются лишь парестезии, болевой синдром обнаруживается при исследовании больных; 3) расстройства простых видов чувствительности (гиперестезии дистального типа) не достигают полной анестезии.

Полиневрит развивается, как правило, постепенно и чаще выявляется уже в стадии генерализации склеродермического процесса. Характерны длительность течения и стойкость клинических проявлений полиневритического синдрома. Его выраженность во многом зависит от активности склеродермического процесса, а также от характера течения заболевания – при хроническом течении ССД преобладают более легкие формы полиневрита, а при остром и подостром – тяжелые.

При лечении больных ССД с неврологической патологией необходимо предусматривать назначение наряду с базисной терапией сосудистых средств, витаминных препаратов, а также использование методов локального воздействия и проведение физиотерапевтических процедур.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Системная склеродермия (ССД) – прогрессирующее полисиндромное заболевание, при котором поражаются практически все органы и системы. В патогенезе заболевания центральное место занимают процессы усиленного коллагено- и фиброзообразования. Не менее важным звеном патогенеза являются нарушения микроциркуляции, вызванные поражением сосудистой стенки и изменением реологических свойств крови. Несомненную роль при ССД играют также воспалительные изменения и иммунные механизмы.

Проблема лечения ССД до настоящего времени в полной мере не разрешена. В первую очередь используются различные группы лекарственных средств, воздействующих на отдельные звенья патогенеза ССД: антифиброзные, сосудистые и противовоспалительные.

Основными препаратами, обладающими антифиброзным свойством, являются тиоловые соединения. Нами предложен и разработан метод базисного лечения ССД отечественным тиоловым соединением – унитиолом. Наши длительные (в течение 45 лет) наблюдения на большом (более 500 пациентов) клиническом материале свидетельствуют о высокой эффективности препарата – после начального курса лечения выраженный эффект достигается у 75% больных. По данным многолетних катamnестических наблюдений, ранняя диагностика ССД, систематическая и длительная базисная терапия унитиолом способствуют стабилизации достигнутого улучшения, предупреждению рецидивов, замедлению прогрессирования заболевания, а также предотвращают поражение отдельных органов и систем. Так, нами наблюдались 18 больных с типичной ССД, диагностированной своевременно (в первые 6 месяцев), у которых удалось предотвратить характерное поражение кожи, суставов и внутренних органов.

Для уменьшения сосудистых нарушений нами используются вазодилататоры, включающие, прежде всего, группу антагонистов кальция, дезагреганты и антикоагулянты. К противовоспалительным средствам, используемым в лечении ССД, относятся нестероидные противовоспалительные препараты, аминохинолиновые производные и глюкокортикостероиды. Нами также широко используется синдромная терапия, назначаемая с учетом выраженности поражения тех или иных органов и систем (пищеварительного тракта, легких, сердца, почек).

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности патогенетической терапии ССД, прежде всего базисной терапии унитиолом.

ГЕМОРАГІЧНА ФОРМА КАРЦИНОЗУ КІСТКОВОГО МОЗКУ ПРИ РАКУ ШЛУНКУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Гук-Лешневська З. О., *Юр'єва Н. Ю., *Середя К. С.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
*Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (ВМКЦ ЗР),
Україна*

Смертність від раку шлунку становить 30% серед усіх злоякісних новоутворень, що можна пов'язати із його пізньою діагностикою. Часто рак шлунка діагностують на стадії метастазування. Відомо, що він найчастіше метастазує в печінку, легені, очеревину. До рідкісних локалізацій метастазів відносять ураження кісткового мозку. Відомо, що карциноз кісткового мозку може бути першим проявом раку шлунку і є прогностично несприятливим чинником щодо перебігу хвороби та виживаності пацієнта.

Хворий М., 43 років поступив на стаціонарне лікування у ВМКЦ ЗР зі скаргами на біль в поперековому відділі хребта та грудній клітці, кашель із виділенням невеликої кількості слизового харкотиння з прожилками крові, кров'янисті виділення з носа, появу синців на тілі при незначних травмах. Болі в поперековій ділянці турбували на протязі останніх 6 місяців. При об'єктивному дослідженні на шкірі передпліч, I, II пальців лівої стопи, сідницях виявлено екхімози на різних стадіях «цвітіння»; при пальпації відмічалась болючість міжреберних проміжків, ребер, ключиць, грудини; артеріальний тиск - 170/100 мм рт. ст. на обох руках. При обстеженні виявлено тромбоцитопенію важкого ступеня (тромбоцити $15 \times 10^9/\text{л}$), анемію легкого ступеня. Було встановлено попередній діагноз «Імунна тромбоцитопенічна пурпура». В процесі обстеження лабораторно спостерігався високий вміст лужної фосфатази, лактатдегідрогенази, креатинфосфокінази; за даними комп'ютерної томографії – ознаки метастатичного ураження грудного відділу хребта та ребер; у мієлограмі – карциноз кісткового мозку, при ультразвуковому дослідженні виявлено збільшені лімфатичні вузли лівої надключичної ділянки. Було заплановано фіброгастродуоденоскопію, проте через важкий геморагічний синдром її провести не вдалось. На п'яту добу перебування в стаціонарі стан хворого різко погіршився (наросла загальна слабкість, появилася лихоманка, посилювався геморагічний синдром) і він помер. За результатами розтину виявлено недиференційований рак тіла шлунка із проростанням всієї стінки з метастатичним ураженням лівих надключичних лімфатичних вузлів і карцинозом кісткового мозку, клініка якого була домінуючою та утруднила діагностику основної хвороби.

Отже, рак шлунка може протікати без характерних клінічних ознак. Пацієнтам із діагностованим карцинозом кісткового мозку доцільно проводити обстеження для виключення раку шлунка, оскільки він може бути первинним проявом хвороби.

5-РІЧНА ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ ТА β -ЛІПОПРОТЕЇДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА

Гута Р. Р., Радченко О. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Вступ. Післяопераційний період після реваскуляризації міокарда є складним процесом відновлення для хворого на ішемічну хворобу серця (ІХС). Такі пацієнти відносяться до групи високого ризику та вимагають призначення статинів. В останній час увага дослідників акцентується на факторах ризику виникнення ускладнень ІХС. Беручи до уваги це, виникла потреба у проведенні дослідження, присвяченого аналізу рівня холестерину (ХС) та β -ліпопротеїдів після операції реваскуляризації міокарда на відновлення після операції та подальший перебіг ІХС.

Мета роботи: проаналізувати 5-річну динаміку ХС та β -ліпопротеїдів у хворих на ІХС після реваскуляризації міокарда з приводу інфаркту міокарда (ІМ).

Матеріали і методи: обстежено 50 (39 чоловіків та 11 жінок) хворих на ІХС (гострий Q-ІМ з елевацією ST 62,5%, не Q-ІМ з елевацією ST 22,5%, ІМ без елевації ST 15%) віком $59,9 \pm 9,3$ р. після аортокоронарного шунтування (24%) чи стентування коронарних артерій (76%). Діагностику ІХС проводили за критеріями ВООЗ, Українських та Європейських рекомендацій. Пацієнтам після реваскуляризації була призначена стандартна медикаментозна терапія. Цифрові дані оброблені методами варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента, результати вважалися істотними при $p < 0,05$.

Результати. Вихідний рівень ХС ($5,32 \pm 0,25$ ммоль/л) істотно знизився впродовж перших 3-х ($4,25 \pm 0,23$ ммоль/л), 6-ти ($4,42 \pm 0,23$ ммоль/л) та 9-ти ($4,11 \pm 0,31$ ммоль/л) місяців після реваскуляризації міокарда, тоді як з 12-го місяця ($4,86 \pm 0,28$ ммоль/л) почалось підвищення його вмісту вище цільового рівня, який за рекомендаціями Асоціації кардіологів України становить 4,5 ммоль/л. У подальшому кількість ХС постійно поступово зростала і через 4,5 роки його рівень став навіть вищим за початковий ($5,57 \pm 0,65$ ммоль/л). Аналогічно динаміці ХС, вміст β -ліпопротеїдів також істотно знижувався через 3 ($46,96 \pm 3,16$ ОД) і 6 ($46,63 \pm 4,63$ Од.) місяців після операції реваскуляризації ($57,03 \pm 3,23$ ОД) до меж норми (35-55 Од.), проте надалі збільшувався з максимумом через 48 місяців ($63,33 \pm 7,17$ Од.), різниця досягла істотності через 54 ($72,83 \pm 9,57$) місяці.

Висновок. Зменшення ХС та β -ліпопротеїдів спостерігається тільки впродовж перших 9 місяців після операції реваскуляризації, а потім показники поступово зростають та через 4-4,5 років перевищують вихідний рівень та норму. Це вимагає вивчення прихильності до лікування та, ймовірно, більш агресивної ліпідознижувальної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Денисенко В. П., *Топчій І. І., *Кірієнко О. М., *Грідасова Л. М.,
Кірієнко Д. О.

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

Порушення рівноваги між процесами перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та активністю антиоксидантної системи в умовах формування та прогресії ДН веде до порушення функції і загибелі клітин нирок, що призводить до змін реологічних властивостей клітин крові, адгезивних властивостей ендотелію та ремоделюванню судинної системи нирок. **Мета** – вивчити зміни ліпідного спектру крові та процесів ПОЛ у хворих на ДН.

Матеріали і методи. Обстежено 260 хворих на ДН I-IV ст. (основна група), хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) – 64 особи (група порівняння), групу контролю склали 20 здорових осіб. Концентрацію ліпідів визначали біохімічним методом. Вміст малонового діальдегіду (МДА) визначали за реакцією з тіобарбітуровою кислотою, яка при високій температурі (100 С) в кислому середовищі (рН 2,5-3,5) протікає з утворенням забарвленого тріметілового комплексу. Вміст сульфгідрильних груп (SH-груп) визначали методом з використанням специфічного тіолового реагенту - 5,5 дітіобіснітробензойної кислоти за реакцією тіодисульфідного обміну. Математичний аналіз метричних даних проводили з використанням варіаційної статистики за стандартними ліцензійними комп'ютерними програмами. Відмінності між групами середніх величин та їх похибки ($M \pm m$) оцінювали за допомогою критерію Ст'юдента-Фішера.

Результати. Дослідження ліпідного спектра крові у обстежених показало, що у хворих всіх груп має місце дисліпідемія, яка є одним з факторів розвитку атеросклерозу у хворих на ДН. При вивченні співвідношень у системі ПОЛ/АОС встановлено, що у хворих на ДН у порівнянні із хворими на ГХ встановлено більш суттєву активацію ПОЛ (за рівнем МДА в плазмі крові) ($p < 0,05$), у групі порівняння рівень МДА також був достовірно вище ($p < 0,05$), нормальних значень, що свідчить про підвищення активності ПОЛ як у хворих на ДН, так і у хворих на ГХ, але в випадках ДН наявність запальних процесів обумовлює більш високий рівень активації ПОЛ. При аналізі стану АОС за вмістом сульфгідрильних груп можна відзначити відсутність достовірних змін показника у хворих на ДН у порівнянні з хворими на ГХ.

Висновки. Отже, розглянуті показники, дозволяють відзначити вірогідну активацію процесів ПОЛ у хворих на ДН у порівнянні з хворими на ГХ і відсутність адекватних компенсаторних змін в активності АОС в цих двох групах. Цей факт свідчить про те, що імунзапальні механізми в більшій мірі, ніж гемодинамічні порушують баланс в системі ПОЛ/АОС.

**СТАН ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ
НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ**
Денисенко В. П., *Топчій І. І., *Кірієнко О. М., *Гридіасова Л. М.,
Кірієнко Д. О.

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

Мета роботи: вивчити стан системи фосфорно-кальцієвого обміну.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 260 хворих на ДН I-IV ст. (основна група), хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) – 64 особи (група порівняння), групу контролю склали 20 здорових осіб. Дослідження показників проводили до призначення терапії. Концентрація кальцію (Ca) та фосфору (F) в сироватці крові вивчалась з використанням набору реагентів фірми Cormay (Польща). Математичний аналіз метричних даних проводили з використанням варіаційної статистики за стандартними ліцензійними комп'ютерними програмами. Відмінності між групами середніх величин та їх похибки ($M \pm m$) оцінювали за допомогою критерію Стьюдента-Фішера.

Результати. При аналізі результатів дослідження обміну F встановлено, що його концентрація в плазмі крові хворих з ранніми стадіями ДН достовірно не змінювалась та становила $(1,31 \pm 0,22)$ ммоль/л, контроль $(1,23 \pm 0,18)$ ммоль/л, $p > 0,05$. У групі хворих з ДН IV-V стадії на тлі зменшення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) мало місце вірогідне підвищення концентрації досліджуваного показника до $(1,93 \pm 0,28)$ ммоль/л. При вивченні обміну Ca у хворих на ДН визначено, що у групі пацієнтів на ДН I-III стадії вміст загального Ca у плазмі крові невірогідно підвищувався в порівнянні з контролем та складав $(3,03 \pm 0,12)$ ммоль/л при контролі $(2,81 \pm 0,18)$ ммоль/л, а на пізніх стадіях ДН у порівнянні з контролем показник невірогідно зменшувався. При підвищенні сироваткової концентрації F викликає компенсаторне збільшення секреції паратгормону, який компенсаторно посилює екскрецію фосфатів, одночасно стимулюючи вихід Ca з кісток і збільшенню синтезу вітаміну D. Однак ми не констатуємо значимої гіперкальціємія у хворих на ДН, чому сприяє контроль з боку тиреокальцитоніну, який також посилює і екскрецію F.

Висновки. Таким чином, при ДН I-III стадії рівні F та Ca залишаються нормальними. При прогресуванні ДН та, відповідно, подальшому зниженні ШКФ цей механізм підтримки нормальної сироваткової концентрації F стає недостатньо ефективним що й призводить до стійкої гіперфосфатемії та деякого зниження концентрації кальцію у хворих на ДН. Зміни фосфорно-кальцієвого обміну при прогресуванні ДН та ниркової недостатності приводять до прискореного розвитку атеросклерозу у хворих на цукровий діабет.

**ВИВЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ПАРАОКСАНАЗИ 1 У ХВОРИХ
НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**
Денисенко В. П., *Топчій І. І., *Кірієнко О. М., *Щенявська О. М.,
Кірієнко Д. О.

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

Параоксоназа 1 (PON1) володіє пероксидазо-подібною активністю, яка може посилювати антиоксидантний захист ліпопротеїнів низької щільності. Разом з антиоксидантними властивостями, PON1 також має антиатерогенну активність, протидіючи утворенню пінистих клітин, сприяє зниженню холестерину і окислених ліпідів, стимулює поглинання холестерину макрофагами. Але механізм захисної дії PON1 та її ендогенних субстратів залишається недостатньо вивченим.

Мета роботи – вивчення активності PON1 у хворих на ДН у порівнянні з хворими на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Матеріали і методи. Дослідження проводилося у відділі нефрології на базі спеціалізованого відділення гіпертензій та захворювань нирок клініки ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України». Обстежено 80 хворих, з них хворих на ДН II-IV ст. 59 осіб, на ГХ – 15 осіб (група порівняння). Групу контролю склали 10 здорових осіб. Активність PON1 визначали спектрофотометрично. Математичний аналіз метричних даних проводили з використанням варіаційної статистики за стандартними ліцензійними комп'ютерними програмами. Відмінності між групами середніх величин та їх похибки ($M \pm m$) оцінювали за допомогою критерію Ст'юдента-Фішера.

Результати. Встановлено, що у хворих усіх груп на ДН показники були достовірно нижчі, у порівнянні групою контролю ($p < 0,01$). При порівнянні показників активності у хворих на ГХ та з групою хворих на ДН-II показники знижувались з $(131,31 \pm 3,87)$ мкмоль/хв.*л до $(118,49 \pm 4,53)$ мкмоль/хв.*л ($p < 0,05$). При вивченні активності PON1 в групах на ГХ та ДН-III показники знижувались з $(131,31 \pm 3,87)$ мкмоль/хв.*л до $(112,63 \pm 4,92)$ мкмоль/хв.*л ($p < 0,01$). Аналіз активності PON1 в групі на ГХ та ДН IV показав, що результати знижувались з $(131,31 \pm 3,87)$ мкмоль/хв.*л до $(104,91 \pm 4,53)$ мкмоль/хв.*л ($p < 0,01$). Вивчаючи активність показників PON1 у хворих на ДН між групами вірогідні відмінності отримані лише між групою ДН-II та ДН IV, коли показники знижувались з $(118,49 \pm 4,53)$ мкмоль/хв.*л до $(104,91 \pm 4,53)$ мкмоль/хв.*л ($p < 0,05$). При розгляді активності PON1 інших груп достовірних відмінностей виявлено не було. У пацієнтів на ДН виявлено стійкий зворотній кореляційний зв'язок між рівнем білка в сечі і активністю PON1.

Висновки. При прогресуванні ДН виявлено зниження активності PON1, що може вказувати на виснаження антиоксидантної системи та бути несприятливим прогностичним фактором та предиктором кардіоваскулярного ризику у цієї категорії хворих.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дігтяр Н. І., Герасименко Н. Д., Марченко А. В., Стасюк О. А.,
Савченко Л. В.

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава,
Україна*

Мета: оцінити стоматологічний статус і потребу в лікуванні пацієнтів з серцево-судинною патологією.

Матеріали і методи: було обрано дві групи по 25 чоловік: дослідна і контрольна. До першої групи увійшли пацієнти терапевтичного відділення 1 МКЛ, до другої – студенти 4 курсу стоматологічного факультету УМСА (від 19 до 25 років). Першу групу розділили на дві підгрупи згідно віку: пацієнти від 41 до 60 років (11 чоловік) і пацієнти старше 60 років (14 чоловік).

В кожній групі визначали: анамнез, оцінку стоматологічного статусу, стан серцево-судинної системи (об’єктивний огляд, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові та ЕКГ). Досліджували інтенсивність ураження зубів карієсом: визначали індекс КПП. Оцінку рівня гігієни порожнини рота проводили за динамікою індексу гігієни порожнини рота ОНІ-S. Оцінку динаміки запального процесу в яснах проводили за індексом РМА.

Результати: в ході встановлення стоматологічного статусу у пацієнтів старшої вікової групи були виявлені ті чи інші патології ЗЦС у 100% обстежуваних. Найпоширенішими з них стали карієс і його ускладнення – 33 %, захворювання пародонту та слизової оболонки порожнини рота – 2 %, а також часткова – 28 % або повна – 7 % втрата зубів. У студентів було виявлено значно менше патології ЗЦС, з яких найпоширенішими були карієс та його ускладнення- 68%, часткова втрата зубів – 2%.

Серед захворювань серцево-судинної системи було виявлено: ішемічну хворобу серця та хронічну серцеву недостатність.

Висновок: стоматологічний статус є одним з показників загального стану організму, і наявність хронічних соматичних захворювань впливає на успішність лікування і профілактики патологій зубощелепної системи не менше, ніж відсутність на належному рівні гігієни порожнини рота і своєчасна санація.

Хворі з серцево-судинною патологією мають високу інтенсивність карієса та хвороб пародонта. Індекс КПП у них в середньому в два рази вище, ніж у осіб без супутньої патології. В структурі захворювань пародонта частіше всього зустрічається періодонтит. У досліджуваних хворих, як правило, відсутня раціональна гігієна порожнини рота і спостерігається висока потреба в комплексному стоматологічному лікуванні.

ФІБРОЗНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ПЕЧІНКИ ЯК УНІВЕРСАЛЬНА ВІДПОВІДЬ ПРИ ХРОНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ

Діденко В. І., Коненко І. С., Ягмур В. Б.,
Ошмянская Н. Ю., Дементій Н. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета: проаналізувати літературні дані за останні 7 років за темою мікроструктурні зміни печінки у хворих на ХДЗП.

Матеріали та методи: проведено аналіз літературних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів з акцентом на структурні зміни печінки на етапах фіброзної трансформації.

Результати. Незважаючи на відмінності в етіології, фіброз печінки розвивається за схожими схемами і пов'язаний з декількома універсальними подіями, серед яких пошкодження паренхіми печінки різними етіологічними чинниками, вивільнення множинних прозапальних цитокінів та індукція оксидативного стресу. Додатковий вклад в ураження печінки вносить підвищення кишкової проникності для ендогенних продуктів життєдіяльності бактерій з міграцією запальних клітин. Це призведе до посиленого утворення екстрациркулярного матриксу міофібробластоподібними клітинами (МФПК), які відсутні в нормальних умовах. У печінці було виявлено декілька джерел міофібробластів: зірчасті клітини печінки (ЗКП), порталні фібробласти, та мігруючі клітини кісткового мозку (фіброцити). Останні, за даними Kleaveland та співав. продукують до 3-6% колагену I типу, що експресується в фіброзну тканину. Імунофенотип МФПК характеризується в першу чергу експресією білків екстрациркулярного матриксу (віментину, α -гладком'язового актину, міозину та фібронектину). Ультраструктурна будова МФПК відрізняється посиленням синтезом колагену в апараті Гольджі, жорстким ендоплазматичним ретикулумом, фібронексусом, наявністю периферичних міофіламентів і щільних контактів. Саме активація ЗКП і є центральною подією процесу фіброзування печінки. Продукція екстрацелюлярного матриксу і, в першу чергу колагену I типу, ЗКП опосередкована складним регулюючим механізмом у відповідь на широкий ряд подразнюючих стимулів. У процесі відновлення тканини, ЗКП проходять цикл змін від активації (трансформації з латентних в міофібробластоподібні), до проліферації, міграції та фіброгенезу.

Висновок. Таким чином, після виконання необхідної репаративної ролі, ЗКП та інші печінкові МФПК інактивуються шляхом ініціації шляхів апоптозу. Тому патологічний процес фіброзування печінки можна розглядати як хронічну надлишкову активацію МФПК печінки та/або недостатню їх інактивацію. Пошук шляхів уповільнення цієї активації або індукція апоптозу МФПК може бути ключем до терапевтичної реверсії печінкового фіброзу.

МОНІТОРИНГ ЗА АЛЕРГІЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ, ВИКЛИКАНИМИ УКУСАМИ КРОВОСИСНИХ ЧЛЕНИСТОНОГИХ

Драб Р. Р., Сафонов Р. В., Бялковський О. В., *Гушук І. В.
*Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр
Міністерства охорони здоров'я України»,
*Кафедра громадського здоров'я Національного університету
«Острозька академія», Україна*

В умовах реформування медицини чітка взаємодія її клінічного і профілактичного підрозділів для збереження здоров'я і життя людини є найважливішою метою медичної та світової науки. Алергічні реакції (АР), що викликаються укусами членистоногих є серйозною медичною проблемою, зростаючи на загальне зростання алергій, особливо серед дитячого населення; широке поширення членистоногих; можливість паралельного ураження людини інфекційними та паразитарними агентами, що ускладнює перебіг АР; особливо насторожує перетікання місцевих реакцій в генералізовані форми, що може призвести й до втрати пацієнта.

На території Рівненської області щорічно фіксується понад 90 видів членистоногих, які мають медичне значення, з них біля 75 – є кровосисними. Високі показники їх чисельності є закономірними, зважаючи на визначення Рівненщини зоною масового поширення гнусу, життєві цикли всіх цих комах та кліщів нерозривно пов'язані з людиною, що збільшує контакт та можливий патологічний вплив.

При спільному з сімейними лікарями, дерматологами та алергологами клініко-епідеміологічному обстеженні пацієнтів, що звертались зі скаргами на укуси членистоногих, в тому числі й масові, в них були виділені такі основні імунологічні реакції:

- реакція ІV типу, опосередкована Т-клітинами, яка призводила до дерматитів;
- Ig-G–опосередкована реакція ІІІ типу з локалізованим чи генералізованим васкулітом;
- Ig-E–опосередкована реакція І типу з кропив'янкою і, можливо, анафілаксією та гострою судинною недостатністю у осіб з підвищеним рівнем сенсibiliзації.

Також особливо спостерігали за неімунологічними реакціями:

- механічні травми після ураження шкіри кровосисними членистоногими;
- вторинне інфікування ран;
- передача збудників інфекційних та паразитарних хвороб, в тому числі й арбовірусних інфекцій; паразитування під шкірою паразитів (акарози) або їх личинок (дирофіляріоз).

Терапевтичний підхід залежав від кількості й складності укусів членистоногих, окрім першої чи невідкладної (у тяжких випадках) допомоги, він обов'язково включав й профілактичні заходи, які дозволили уникнути повторних нападів в подібних умовах та усунути прояви алергій.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОПРОТЕКЦІЇ МЕЛЬДОНІО ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

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

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

Мета: оцінити ефективність застосування мельдонію при хронічній серцевій недостатності (ХСН) у хворих на хронічну ішемічну хворобу (ХІХС).

Матеріали і методи: обстежено 54 хворих на ХІХС: дифузний кардіосклероз, ХСН II-A ст., із них 29 склали основну клінічну групу, яким на тлі базисної терапії призначався мельдоній (мілдронат). В контрольну групу увійшли 25 пацієнтів, що перебували лише на базисній терапії. Ефективність оцінювалась на підставі визначення субстратів циклу трикарбонних кислот, рівню лактату, пірувату аденілових нуклеотидів плазми крові та показників внутрішньосерцевої гемодинаміки.

Результати: Після проведеної курсової терапії мілдронатом в основній клінічній групі було встановлено посилення процесу гліколізу, що проявилось в порівнянні з контрольною групою, зниженням лактату та підвищенням рівня субстратів циклу лимонної кислоти. Активізування процесу окислювального фосфорелювання проявилось зростанням рівня в плазмі крові АТФ. Відзначне нами активування процесу гліколізу позитивно позначилось на скоротливій функції серця, зокрема фракції вкорочення волокон міокарду та фракції викиду.

Отже, застосування мельдонію при хронічній серцевій недостатності сприяє стимулюванню окислення переважно глюкози. З урахуванням реципрокної залежності між окисленням глюкози і вільними жирними кислотами (ВЖК), мельдоній сприяє пригніченню процесу окислення ВЖК як найбільш енергоємного шляху синтезу АТФ.

Таким чином, мельдоній позитивно впливає на процес окислення глюкози, механізми синтезу АТФ та інотропну функцію міокарда у хворих на ХІХС з ознаками ХСН II-A ст.

ЗАСТОСУВАННЯ АДАПТОГЕННОЇ ДІЇ МЕТОДУ НОРМО БАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Соколова Л. І., Іорданова Н. Х.,
Вознюк В. В., Бондаренко Ю. М.

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

Мета: дослідити ефективність застосування індивідуально дозованої нормобаричної гіпоксії терапії при ішемічній хворобі серця (ІХС) та гіпертонічній хворобі (ГХ) І стадії.

Об'єкт дослідження: обстежено 28 хворих на ІХС: стабільну стенокардію І-ІІ ФК та 24 хворих на ГХ І стадії.

Мета дослідження: загальноклінічні, ЕКГ, ЕхоКГ, добуве моніторування АТ, ВЕМ та визначення коефіцієнта поглинання кисню (КПК) за підрахунком швидкості його поглинання протягом 1 хв.

Результати. Адаптація та формування механізмів захисту до шкідливих чинників довкілля шляхом застосування нормобаричної гіпокситерапії є одним із ефективних методів підвищення толерантності до фізичного навантаження у хворих на ІХС та артеріальну гіпертонію. Використання індивідуально дозованої нормобаричної гіпоксії за допомогою апарата «Гіпотрон» дає можливість динамічного збільшення ступеня гіпоксичного впливу в залежності від формування реакції пристосування респіраторно-гемодинамічної системи та клітинних механізмів адаптації на межі субкомпенсованої адаптації. Показниками на підставі яких оцінювали досягнення тренуючого ефекту нормобаричної гіпокситерапії, були дихальний об'єм (ДО), частота дихання (ЧД), ЧСС та коефіцієнт поглинання кисню (КПК). Після проведених 12 сеансів нормобаричної гіпокситерапії спостерігалось зростання ДО при нормалізації ЧД, ЧСС та збільшення КПК, що є критерієм досягнення тренуючого ефекту. Відзначено підвищення толерантності до фізичного навантаження, зменшення частоти інтенсивності та тривалості ангінозних больових нападів, а також зменшення частоти випадків нестабільності артеріального тиску.

Висновок. Формування довготривалої адаптації до гіпоксії в умовах антропогенно зміненого середовища є одним із способів профілактики та підвищення ефективності лікування хворих на ІХС та ГХ.

**ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ФОСФОЛІПІДІВ МЕМБРАН
ЕРИТРОЦИТІВ ТА ПЛАЗМИ КРОВІ ПРИ ГОСТРОМУ Q-ІНФАРКТІ
МІОКАРДА З СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ
ЛІВОГО ШЛУНОЧКА**

**Дудка П. Ф., Іорданова Н. Х., Добрянський Д. В., Бондаренко Ю. М.,
Вознюк В. В., Соколова Л. І.**

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

Мета: визначити взаємоз'язки між порушенням жирнокислотного спектру плазми крові, мембран еритроцитів та дисфункцією лівого шлуночка у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (ГQ-ІМ).

Матеріали і методи: обстежено 69 хворих на ГQ-ІМ віком від 34 до 79 років. Проводилось газохроматографічним методом дослідження жирнокислотного (ЖК) складу ліпідів плазми крові та мембран еритроцитів. Показники кардіогемодинаміки визначались шляхом проведення ехокардіографії за допомогою ультразвукової системи «Аloka SSD-1700».

Результати. Проведений аналіз вихідних рівнів показників жирних кислот фосфоліпідів мембран еритроцитів і плазми крові встановив достовірне зниження сумарної величини насичених ЖК (Σ НЖК) переважно за рахунок пальмітинової ($C_{16:0}$) ЖК, що може свідчити про активацію найбільш енергозатратного шляху утворення АТФ – β -окислення ліпідів. Виявлене збільшення сумарної величини ненасичених та поліненасичених ЖК (Σ ННЖК, Σ ПНЖК) в мембранах еритроцитів та плазмі крові перебувало в прямій залежності від функціональної активності лівого шлуночка. Так зростання Σ НАСЖК і Σ ПНЖК переважно за рахунок збільшення вмісту $C_{18:3}$ та $C_{20:4}$ асоціюється з розвитком систолічної дисфункції лівого шлуночка. Відзначений в різних середовищах високий рівень арахідонату ($C_{20:4}$) є наслідком ініціації процесу конверсії ЖК та активації механізмів перетворення $C_{20:4}$ в кінцеві її продукти метаболізму, що негативно позначається на показниках кардіогемодинаміки.

Висновок: порушення жирнокислотної рівноваги в мембранах еритроцитів і плазми крові за рахунок зростання насиченості та зниження ненасиченості асоціюється з систолічною дисфункцією лівого шлуночка у хворих на ГQ-ІМ.

НУТРИЄНТНА КОРЕКЦІЯ ЧИННИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Дунаєва І. П., Кравчун Н. О., Земляніцина О. В., Полозова Л. Г.,
Чернявська І. В., Романова І. П., Дорош О. Г.

*ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данилевського
НАМН України», м. Харків, Україна*

Мета: оцінити зміни активності чинників оксидативного стресу, а саме перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) під впливом запропонованих дієтичних рекомендацій із визначенням середньодобової кількості кінцевих продуктів глікування (КПГ).

Матеріал і методи: Обстежено 23 пацієнти із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП) у віці $54,7 \pm 2,2$ роки. Середня тривалість захворювання становила $8,09 \pm 1,54$ років. Індекс маси тіла обстежених хворих склав $35,9 \pm 3,26$ кг/м². Пацієнти знаходились у стані декомпенсації вуглеводного обміну. Рівень глікованого гемоглобіну становив $7,5 \pm 0,3$ %.

Результати. Аналіз результатів проведеного дослідження дозволив виявити значне зниження проявів оксидативного стресу щодо продуктів ПОЛ, що включали дієнові, триєнові, оксидієнові, тетраєнові кон'югати. Останнє свідчить про високу специфічність обмеженого вживання в їжу КПГ у хворих на ЦД 2 типу та НАЖХП. Дієтичні рекомендації слід вважати терапевтичними засобами, що мають на меті зниження проявів оксидативного стресу.

Було отримано дані щодо зниження рівня тригліцеридів на тлі використання запропонованих дієтичних рекомендацій навіть без додаткового використання ліпідостабілізуючих препаратів та гепатопротекторів. Це доводить ефективність запропонованих схем харчування.

Доведено важливість обмеженого споживання КПГ, особливо у хворих на ЦД 2 типу та НАЖХП, так як у даній категорії хворих утворюється більша кількість ендогенних КПГ у порівнянні з особами без ЦД.

Висновок: запропоновані схеми харчування за вмістом КПГ в продуктах, які можливо споживати в обмеженій, помірній кількостях та які не рекомендовані до споживання. Доведено доцільність проведення нутрієнтної корекції у хворих на ЦД 2 типу з НАЖХП.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВАЗИИ ТОХОСАРА CANIS У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Евстигнеев И. В., Черный В. И., Капшученко О. Н., Вязовская В. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия», Украина

Цель: оценка критериев эффективности лечения токсокароза у пациентов с гастроэнтерологической патологией.

Материалы и методы. Обследовано 55 пациентов с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью. У всей группы больных проведен ИФА по определению IgG антител к *Toxocara canis*, получен позитивный результат референтных значений R (индекс больше 1,15). У 32 пациентов с кожными проявлениями определялся общий IgE.

Результаты. Пациенты имели длительный контакт с собаками, большинство отмечали проявления аллергии к шерсти собак. Больные жаловались на вздутие живота, тошноту, диарею, снижение аппетита, зуд кожи. Кожные проявления были представлены эритематозными папулами и уртикарными элементами, у части больных очаги поражения были похожи на атопический дерматит и экзему. Клинические проявления токсокароза определялись интенсивностью инвазии, частотой реинвазии и особенностями иммунного ответа. Через 4 недели после дегельминтизации повторное обследование на антитела IgG к *Toxocara canis* методом ИФА дало отрицательный результат. Выявлена прямая корреляция между выраженностью кожных проявлений и уровнем IgE в сыворотке крови. Целесообразно обследование с определением антител IgG к *Toxocara canis* у пациентов с диареей, вздутием и болью в животе, кожными проявлениями в виде эритематозной, папулезной и уртикарной сыпи, эозинофилией, анемией, повышением уровня IgE в сыворотке крови.

Выводы. Критериями эффективности лечения токсокароза целесообразно считать регресс клинических проявлений, снижение уровня IgG антител к *Toxocara canis*, прогрессивное снижение количества эозинофилов крови. При длительном процессе, позитивной динамике клинико-лабораторных показателей курс повторной специфической терапии может быть повторно проведен через 3-4 месяца. Снижение уровня общего IgE в сыворотке крови можно считать критерием эффективности лечения, а его повышение с наличием кожных проявлений в виде папул, уртикарных элементов, атопического дерматита, экземы – критерием активности процесса.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЕРИКАРДИТОВ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ефремова О. А., Кривошапова И. И., Румянцева Л. А.

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Развитие инструментальных методов диагностики существенно повысили возможности диагностики перикардитов. В то же время неправильная трактовка инструментальных данных не только затрудняет установление этиологического диагноза, но и порождает значительное число ошибок, отрицательно сказывающихся на течении болезни и выборе лечебной тактики. **Цель:** выявление особенностей течения и диагностики экссудативных перикардитов у больных кардиологического профиля.

Проведен ретроградный анализ 1511 историй болезни пациентов кардиологического отделения №1 БОКБ Святителя Иосафа, находящихся на стационарном лечении в 2017 году. Было проанализировано 23 клинических случая с установленным диагнозом экссудативный перикардит. Из них 63,63% пациентов мужского пола, 36,36% - женского, средний возраст составил 44,5±2,1 года.

Распределение форм перикардита вышло следующим образом: острый перикардит встречался в 36,36% случаев, хронический - в 45,45%, в стадии реконвалесценции - в 18,18%. В анамнезе у больных были системные аутоиммунные заболевания, наличие нарушений проводимости сердца, вегето-сосудистая дистония, в одном клиническом случае имела место тромбоэмболия легочной артерии. Было выявлено, что экссудативный перикардит при длительном течении вызывал чаще всего астеновегетативную симптоматику с преобладанием в большинстве случаев одышки, сердцебиения и слабости, что не позволяло заподозрить о наличии данного воспалительного заболевания на начальных этапах обращения пациента за медицинской помощью. Наиболее информативным методом исследования для выявления выпота в перикарде являлась ЭхоКС (100% случаев подтверждения диагноза), в 23% рассмотренных клинических случаев наблюдались изменения со стороны миокарда ЛЖ, регистрируемые на ЭКГ. На стационарное лечение в кардиологическое отделение поступало 90% пациентов с основным диагнозом экссудативный перикардит, при этом при дальнейшем исследовании в 27% случаях был выявлен онкологический процесс с метастазированием, в 15% случаев - постинфарктный перикардит, в 9% - аутоиммунный характер заболевания, 5% - больные с метаболическими нарушениями. В остальных случаях природа заболевания осталась неуточненной.

Таким образом, диагностика перикардита существенно упростилось за счет внедрения инструментальных методов обследования пациентов, но этиологическая их диагностика остается сложной, а во многих случаях - только предположительной.

ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ефремова О. А., Стародубов О. Д.

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Многие исследования посвящены изучению систолической и диастолической дисфункции миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных ХСН различного генеза. Тем не менее, недостаточно изучены клиничко-функциональные изменения миокарда ЛЖ после стентирования коронарных артерий.

Цель исследования: произвести оценку результатов клиничко-функциональных изменений после стентирования коронарных артерий у больных в течение наблюдаемого периода; проанализировать и оценить эффективность транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) коронарных артерий со стентированием у больных ХСН, а также определить и изучить безопасность проведения оперативного вмешательства у этих больных.

Материалы и методы исследования. На протяжении годового периода курировали 96 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрастном промежутке от 40 до 70 лет, имеющих ХСН I, IIА, IIБ стадии, I–III функциональный класс, которым по клиническим показаниям и данным коронароангиографии (КАГ) в плановом порядке выполнена ТЛБАП со стентированием симптом-зависимой коронарной артерии с проводимой соответствующей медикаментозной терапией.

Результаты клинического обследования, включая тест 6-мин ходьбы, подтвердили, что в течение годового периода ни у одного больного контрольной группы функциональный класс ХСН не изменялся в сторону повышения. Контролируемые показатели центральной гемодинамики, систолической и диастолической функции ЛЖ не претерпели значительных изменений. Так, средний показатель ФК стенокардии в группе больных ХСН I стадии уменьшился с исходных 2.54 ± 0.09 до 1.67 ± 0.13 , т.е. на 34.2% ($p < 0.001$), в группе пациентов ХСН IIА стадии с 2.05 ± 0.08 до 0.86 ± 0.11 , т.е. на 57.6% ($p < 0.001$) в группе больных ХСН IIБ стадии с 2.25 ± 0.08 до 1.42 ± 0.11 , т.е. на 37.8% ($p < 0.001$). Значение ФК ХСН в группе больных I стадии уменьшилось с исходных 1.76 ± 0.09 до 1.31 ± 0.086 , т.е. на 25.5% ($p < 0.05$), в группе пациентов IIА стадии с 1.72 ± 0.091 до 1.31 ± 0.086 , т.е. на 23.8% ($p < 0.05$). Различия между значениями в обеих группах явились статистически достоверными ($p < 0.05$).

Данное исследование показало статистически значимое уменьшение функционального класса ХСН после чрескожного коронарного вмешательства, с последующим улучшением показателей диастолической функции (E/A) ЛЖ в течение наблюдаемого периода.

**ВПЛИВ ЗОФЕНОПРИЛУ ТА ЕНАЛАПРИЛУ У СКЛАДІ
СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ
КАРДИОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ
МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ**

Єрмак О. С., Галашко К. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

На сьогоднішній день гострий інфаркт міокарда (ГІМ) займає лідуючу позицію у структурі ішемічної хвороби серця (ІХС). Перебіг ГІМ значно ускладнюється наявністю супутнього ожиріння. Успіхи, досягнуті протягом останніх десятиліть в лікуванні серцево-судинної системи, значною мірою обусловлені впровадженням у широку клінічну практику препаратів, що знижують активність ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, а саме інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту.

Мета дослідження – оцінити ефективність лікування хворих на гострий інфаркт міокарда та ожиріння шляхом порівняння впливу зофеноприлу та еналаприлу на показники кардіогемодинаміки.

Матеріали і методи. Обстежено 75 пацієнтів з ГІМ з елевацією сегмента ST та ожирінням. Усім хворим була проведена ехокардіографія. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Усі хворі отримували лікування згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я №455 від 02.07.2014 року “Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хворих на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST”. Для порівняльної оцінки терапевтичного ефекту були сформовані 2 групи пацієнтів: 1-а група хворих на ГІМ з ожирінням, яким до складу стандартної терапії було включено еналаприл у дозі 10-40 мг на добу (n=37); 2-а група хворих на ГІМ з супутнім ожирінням, які у складі стандартної терапії отримували зофеноприл у дозі 15-60 мг на добу (n=38).

Результати. У 2-й групі кінцевий діастолічний об'єм (КДО) зменшився на 10,6 % (p<0,05), кінцевий систолічний об'єм (КСО) - на 15,19 % (p<0,05), фракція викиду (ФВ) зросла на 15,49 % (p<0,05). У 1-й групі також відзначалася позитивна динаміка, але менш значуща: КДО зменшився на 10,51 % (p<0,05), КСО на 9,6 % (p<0,05), ФВ збільшилася на 10,87 % (p<0,05). За показниками лівого передсердя, КДР, КСР, товщини задньої стінки, товщини міжшлуночкової перетинки вірогідних змін виявлено не було (p>0,05).

Висновки. Найбільш значні позитивні зміни показників кардіогемодинаміки виявилися серед пацієнтів, що приймали зофеноприл, порівняно з групою пацієнтів, що отримували еналаприл.

**ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТУ ЗОФЕНОПРИЛУ ТА ЕНАЛАПРИЛУ
У СКЛАДІ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ
ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ
МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ**
Єрмак О. С., Галашко К. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) із супутнім ожирінням залишаються важливою причиною інвалідизації та смертності в усьому світі. Не дивлячись на низку доліджень у відношенні призначення групи інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) хворим з ГІМ, на сьогоднішній день залишається ще багато відкритих питань, що й обумовлює актуальність дослідження.

Мета дослідження – оцінити ефективність лікування хворих на гострий інфаркт міокарда та ожиріння шляхом порівняння впливу зофеноприлу та еналаприлу на показники ліпідного профілю.

Матеріали і методи. Обстежено 75 пацієнтів з ГІМ з елевацією сегмента ST та ожирінням. Усім хворим був визначен ліпідний спектр крові (загальний холестерин (ЗХ), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ), тригліцериди та коефіцієнт атерогенності (КА)). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Усі хворі отримували лікування згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я №455 від 02.07.2014 року “Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хворих на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST”. Для порівняльної оцінки терапевтичного ефекту були сформовані 2 групи пацієнтів: 1-а група хворих на ГІМ з ожирінням, яким до складу стандартної терапії було включено еналаприл у дозі 10-40 мг на добу (n=37); 2-а група хворих на ГІМ з супутнім ожирінням, які у складі стандартної терапії отримували зофеноприл у дозі 15-60 мг на добу (n=38).

Результати. Згідно отриманих даних відмічається виразний лікувальний ефект. Так, у 1-й групі ЗХ знизився на 10,5 % (p<0,05), ЛПНЩ – на 15,9 % (p<0,05), ЛПДНЩ – на 35,3 % (p<0,05), а ЛПВЩ зросли на 13,2 % (p<0,05). Щодо 2-ї групи, то ЗХ знизився на 13,1 % (p<0,05), ЛПНЩ – на 21,04 % (p<0,05), ЛПДНЩ – на 38,89% (p<0,05), а ЛПВЩ зросли на 44,4 % (p<0,05). Виявлена тенденція до зниження за показниками тригліцеридів і КА, що не сягала рівню вірогідності (p=0,05).

Висновки. Таким чином, найбільш значні позитивні зміни показників ліпідного профілю виявилися серед пацієнтів, що приймали зофеноприл, порівняно з групою пацієнтів, що отримували еналаприл.

АДАПТАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ ТА ГЕМАТОЛОГІЧНІ ІНДЕКСИ У ПАЦІЄНТІВ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ

Жакун І. Б., Філіпюк А. Л., Радченко О. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Бойова травма асоціюється із зростанням частоти різних соматичних хвороб, що зумовлено зниженням вмісту Т-лімфоцитів та збільшенням центральних та ефекторних клітин пам'яті, зміною рівнів мінерало- та глюкокортикоїдних рецепторів клітин. **З метою** визначення частоти сприятливих (еустрес) і несприятливих (дистрес) адаптаційних реакцій (АР) та гематологічних індексів **обстежено** 63 військових віком 20-59 рр., які знаходились на лікуванні у військових госпіталях з приводу бойової травми. Тип АР встановлений за рівнем лімфоцитів та індексом адаптації, оцінено індекси: співвідношення лімфоцитів та моноцитів (ІСЛМ), зсуву лейкоцитів за Н.І. Яблчанським (ІЗЛ), співвідношення нейтрофілів та лімфоцитів за В.М. Угрюмовим (ІСНЛ), лейкоцитарний інтоксикації (ЛП) за Я.Я. Кальф-Каліфом, ядерний інтоксикації (ЯП) за Г.А. Даштаянцем. Дані опрацьовані методами математичної статистики.

Встановлено, що у 50% пацієнтів діагностувались сприятливі АР, істотно рідше визначались реакції дистресу (21%) та орієнтування (РО) (29%). Висока частота еустресу у поранених пов'язана з раннім визначенням у стані мобілізації захисних та адаптаційних можливостей організму. Частота виявлення різних типів АР залежала від типу бойової травми, наявності ускладнень, анемії, тромбоцитопенії, проведеного оперативного втручання чи первинної хірургічної обробки. ЯП був підвищеним незалежно від типу АР, за умов РО визначалось найбільше значення – 0,21 (норма 0,05–0,08), що дозволяє думати про явну ендogenous інтоксикацію з порушенням компенсаторних процесів у поранених. Значення ІСЛМ, який оцінює стан імунної системи, виявились найвищими за умов еустресу та переактивації. За умов дистресу ІЗЛ перевищував норму (4,34 проти 1,80-2,13), що свідчить про порушення імунної реактивності та активний запальний процес. Найнижче значення ІЗЛ (1,42) спостерігалось у пацієнтів з еустресом. ІСНЛ вказує на баланс між клітинами специфічного та неспецифічного захисту, його значення виявилось найвищим за умов дистресу (6,05), коли і ЛП значно перевищив норму (3,27 проти 0,62–1,6), що свідчить про зростання ендogenous інтоксикації та процеси тканинного розпаду.

Висновки. У 50% пацієнтів з бойовою травмою у ранньому періоді спостерігались еустрес-реакції, у 29% невизначена РО, у 21% - дистрес. Реакції перебігали з напруженням, свідченням чого були підвищені рівні індексів ендogenous інтоксикації, клітинного дисбалансу, запалення та тканинного розпаду (ЯП, ІЗЛ, ІСНЛ, ЛП).

ВПЛИВ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ НА РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Журавльова Л. В., Кулікова М. В.

*Харківський національний медичний університет, Україна,
Кафедра внутрішньої медицини № 3*

Актуальність. Поєднання цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2-го типу) та артеріальної гіпертензії (АГ) сприяє підвищенню ризику розвитку кардіоваскулярних ускладнень в 2-3 рази. Одним з механізмів розвитку ЦД 2-го типу є підвищення реабсорбції глюкози нирками, у зв'язку з чим пов'язана поява та впровадження в практику нового класу цукрознижувальних препаратів інгібіторів натрій-глюкозного котранспортеру 2-го типу (SGLT2).

Мета: визначення впливу дапагліфлозину на артеріальний тиск у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу та супутньою артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи: в ході дослідження було проведене обстеження 21 пацієнта з ЦД 2-го типу в поєднанні з АГ. До вживання комбінованої цукрознижувальної терапії, що включала дапагліфлозин, який призначався з метою поліпшення глікемічного контролю, всі пацієнти отримували метформін в монотерапії. У всіх пацієнтів визначали рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) як основного показника компенсації діабету, контролювали артеріальний тиск (АТ) на тлі терапії, що проводилася.

Результати: під час проведення аналізу показників вуглеводного обміну встановлено, що середній рівень HbA_{1c} склав $8,71 \pm 0,2$ %. Це з'явилося приводом перегляду терапії та додаванням в схему лікування дапагліфлозину. Також у обстежених пацієнтів в середньому спостерігалися наступні показники систолічного артеріального тиску (САТ) – 162,50 (148,00-174,00) мм рт. ст. та діастолічного артеріального тиску (ДАТ) – 98,00 (96,00-108,00) мм рт. ст. Оцінка результатів лікування проводилася через 3 місяці. Так, було виявлене покращення параметрів вуглеводного обміну – достовірне зниження HbA_{1c} на 0,83 (0,75-0,9) %. Крім того, підвищення діурезу на тлі терапії дапагліфлозином сприяло зниженню рівня АТ. Результати моніторингу АТ показали зниження САТ в середньому на 10,2 (9,4-10,9) мм рт. ст., а ДАТ – на 8,8 (8,2-9,6) мм рт. ст.

Висновки: застосування дапагліфлозину в комбінованій цукрознижувальній терапії з метформіном окрім позитивного впливу на показники вуглеводного обміну сприяє додатковому зниженню параметрів артеріального тиску та може бути виправданим у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу та супутньою артеріальною гіпертензією.

ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТА ПРИ ПОЄДНАННІ ЙОГО З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Журавльова Л. В., Олійник М. О.

*Харківський національний медичний університет, Україна,
Кафедра внутрішньої медицини №3*

Мета роботи - вивчити взаємозв'язок між показниками метаболізму кісткової тканини та виразністю суглобового синдрому у хворих на ОА та при його поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу.

Матеріали і методи: Були обстежені 20 пацієнтів з ОА (вік $54,32 \pm 3,7$ років) – 1-ша група та 26 пацієнтів з ОА і ЦД 2-го типу (вік $58,4 \pm 5,3$ років) – 2-га група. Середня тривалість захворювання на ОА становила $(7,8 \pm 0,39)$ років). Групи були порівнянні за статтю та ІМТ. Всім пацієнтам визначали рівень остеоасоційованих елементів (Са, Р, Mg) біохімічним методом, рівень остеокальцину – імуноферментним методом. Дослідження суглобів включало огляд, пальпацію, об'єктивну оцінку болю у стані спокою та при рухах за ВАШ. Симптоми ОА оцінювали також за індексом WOMAC (Western Ontario and McMaster University). Проводилось рентгенологічне дослідження колінних суглобів.

Результати. Середній рівень остеокальцину у хворих 1-ої групи склав $43,68 \pm 2,26$ нг/мл, 2-ої - $16,08 \pm 1,05$ нг/мл. Було виявлено, що в 1-ій групі рівень Mg значущо вищий, ніж у 2-й групі ($p=0,0002$). Під час вивчення кореляційних взаємозалежностей між показниками клініко-рентгенологічних змін і МКТ було з'ясовано, що у пацієнтів з ізольованим перебігом ОА значущими є негативні залежності, що виявлялися для рівня остеокальцину із болем за WOMAC ($r=-0,64$; $p=0,002$) і рентгенологічними змінами за Kellgren ($\tau=-0,37$; $p=0,018$). При поєднаному перебігу ОА і ЦД 2-го типу спостерігалися значущі негативні кореляції між остеокальцином та ступенем рентгенологічних змін за Kellgren ($\tau=-0,38$; $p=0,004$), рівнем болю за WOMAC ($r=-0,658961$; $p=0,0007$) та із рівнем скутості за WOMAC ($r=-0,497015$; $p=0,007131$). У 1-й групі взаємозв'язків між рівнями Са, Mg та клініко-рентгенологічними змінами виявлено не було. У 2-й групі було виявлено кореляційні зв'язки між Са та рівнем скутості за WOMAC ($r=0,46$; $p<0,05$), рівнем болю за WOMAC ($r=0,53$; $p<0,05$), а також між рівнем Mg та рівнем скутості за WOMAC ($r=-0,42$; $p<0,05$), рівнем болю за WOMAC ($r=-0,35$; $p=0,0007$) та загальним балом за WOMAC ($r=-0,46$; $p<0,05$).

Висновки: отримані результати змін МКТ та їх зв'язок з клініко-рентгенологічними даними у хворих на ОА свідчать про їх значення у прогресуванні перебігу ОА, а за наявності ЦД 2-го типу ці зміни стають більш виразними.

ОЦІНКА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО СТАТУСУ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З РА

Журавльова Л. В., Сікало Ю. К.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета - вивчити стан соціально-економічного статусу і способу життя у хворих на РА.

Матеріали та методи. Обстежено 146 хворих на РА, серед яких 117 жінок і 29 чоловіків, з середнім віком $49,9 \pm 12,9$ років і тривалістю захворювання $8,7 \pm 7,2$ років. Група порівняння складалася з 71 практично здорової людини. Групи були повністю тотожні за гендерними та віковими характеристиками. Діагноз РА встановлювали відповідно до класифікаційних критеріїв EULAR/ACR (2010). Збір даних здійснювали за допомогою спеціально розробленої анкети, що включала питання щодо соціально-економічного статусу і способу життя. Статистико-математичний аналіз даних проводився з використанням методів параметричної та непараметричної статистики.

Результати. При аналізі освітнього рівня і соціального стану визначався високий відсоток осіб із середньою та середньою спеціальною освітою (відповідно 21,9% і 44,5%), значна питома вага безробітних (54,8%) ($p < 0,05$). Аналіз сімейного стану хворих на РА свідчив про істотну кількість розлучених осіб (19,9%) та таких, що ніколи не перебували у шлюбі (13,7%) ($p < 0,05$). Аналіз соціальної адаптації виявив переважання осіб, що не мають власного житла, проживають в гуртожитках або в орендованих квартирах, на відміну від здорових - 13% і 2,8% відповідно ($p < 0,05$). За характером трудової діяльності спостерігалася тенденція до переважання розумової праці. Наявність професійних шкідливостей і особливих умов праці не корелювало з захворюваністю на РА.

Матеріальне становище хворі оцінювали гірше, ніж здорові: власну матеріальну забезпеченість оцінили як незадовільну 18,5% обстежених, тоді як серед здорових таких тільки 9,9% ($p < 0,05$). У пацієнтів з низьким соціально-економічним рівнем спостерігалася достовірно гірше динаміка перебігу хвороби - швидке рентгенологічне прогресування, вище ступінь функціональних порушень за індексом HAQ, більше ускладнень ($p < 0,05$).

Встановлено, що серед хворих достовірно більше осіб зловживають алкоголем (26%) і тютюнопалінням (10,3%) ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про низький соціально-економічний статус хворих, що є результатом низької працездатності і знижених доходів. РА знижує соціальну адаптацію людини, створює ряд побутових незручностей, істотно впливає на рівень самооцінки людини, яка усвідомлює наявність у себе певних обмежень, обумовлених хворобою. Таким чином, для поліпшення якості життя, окрім терапевтичних заходів, хворі на РА потребують соціальної та психологічної реабілітації.

ІНДЕКС СТЕАТОЗУ ЯК НЕІНВАЗИВНИЙ МАРКЕР СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Бабій С. О., Петішко О. П.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета роботи: Вивчити можливості неінвазивної діагностики стеатозу печінки з використанням антропометричних та біохімічних показників.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 90 пацієнтів у віці від 6 до 17 років. Визначення стеатозу печінки проводили з використанням апарату «FibroScan®502Touch» (Echosens, Франція) з визначенням контрольованого параметра затухання ультразвуку. Пацієнтам проведено антропометричне дослідження з вимірюванням окружності талії (ОТ). 90 перцентиль ОТ для відповідного віку та статі визначали згідно з рекомендаціями Міжнародної діабетичної федерації (IDF). Всім пацієнтам проведено біохімічне дослідження з визначенням показників біохімічної гепатограми. В сироватці крові визначали вміст загального холестерину, вміст тригліцеридів, холестерину, ліпопротеїнів високої щільності з використанням наборів реактивів «Cormeu», Польща за допомогою біохімічного аналізатору Stat Fax 1904 Plus, Awareness Technology (США).

Результати. Визначення індексу стеатозу (ІС) проводили шляхом проведення антропометричних вимірів та біохімічного дослідження, а саме, визначення рівня гама-глутамілтранспептидази, ліпопротеїнів високої щільності, окружності талії та значення 90 перцентилю окружності талії для відповідного віку та статі. Надалі проводили математичний підрахунок за формулою: $IC = (A \times B \times C) / (1000 \times D \times E)$, де А – концентрація гамма-глутамілтранспептидази (Од/л), В – вік (роки), С – окружність талії (см), D – концентрація ліпопротеїнів високої щільності (ммоль/л), Е – 90 перцентиль окружності талії (см) відповідно до віку та статі. В подальшому був проведений ROC-аналіз показника індексу стеатозу з метою визначення граничного значення. За даними ROC-аналізу перевищення ІС значення 0,24 свідчило про наявність стеатозу печінки (чутливість – 82,1% , специфічність – 88,5%).

Висновки. Індекс стеатозу може використовуватись для неінвазивної діагностики стеатозу печінки у дітей, а також динамічного дослідження з метою контролю ефективності лікування.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Запровальная О. Е., Бондарь Т. Н., Клименко Т. И.

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

Цель исследования – изучить распространенность сочетаний генотипов полиморфных сайтов генов тромбоцитарных рецепторов (T924C гена рецептора тромбоспандина A2 и C807T гена гликопротеина Ia) и их возможную ассоциацию с риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование было включено 345 пациента с хроническими формами ИБС. Период наблюдения для оценки течения заболевания составил $(27,8 \pm 7,8)$ месяцев. Генотипирование полиморфных сайтов C50T гена PTGS1 (референтный SNP (rs) 3842787), T1565C гена тромбоцитарного рецептора ITGB3 (rs 5918), T924C гена ТВХА2R (rs4523), C807T гена гликопротеина Ia (rs1126643) ITGA2 проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом длины рестрикционных фрагментов.

Результаты и обсуждение. При анализе полиморфизма C50T гена PTGS1 установлено, что при ИБС 86,7 % - носители СС-генотипа, 12,7 % – носителями гетерозиготного СТ-генотипа, и 1 пациент (0,6 %) ТТ генотипа. Анализ полиморфизма T1565C гена ITGB3 показал следующее распределение ТТ, ТС и СС генотипов среди пациентов с ИБС: 67,6 %, 30,0 % и 2,3 %. Распределение генотипов полиморфизма T924C гена ТВХА2R: ТТ-генотип – 12,9 %; СТ-генотип – 46,1 %, СС-генотип - 40,9 %. Частота развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с ТТ-генотипом ($\chi^2 = 6,11$; $p=0,01$) и с СС-генотипом ($\chi^2 = 4,84$; $p=0,03$) была выше, чем у ТС-гетерозигот. Группы гомозигот по распространенному Т и минорному С аллелям достоверно не отличались ($\chi^2 = 0,68$; $p=0,41$). При построении кумулятивных кривых по Каплану-Мейеру установлено, что количество пациентов без НССС на протяжении 36 месяцев в группе с ТТ-генотипом полиморфизма T924C гена ТВХА2R достоверно меньше, чем в группе с (СС+СТ) генотипами. Построение кривых Каплана-Мейера в группах пациентов, разделенных в зависимости от генотипов полиморфных сайтов других генов не выявило достоверных различий.

Выводы. Носители минорного генотипа ТТ полиморфизма T924C (rs4523) гена ТВХА2R имеют достоверно более высокую вероятность развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий по сравнению с носителями (СС + СТ) генотипов ($p < 0,05$).

**ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНОГО
МАРКЕРА CD44 В ЭРИТРОЦИТАХ ЧЕЛОВЕКА
ПОСЛЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАНИЯ
ПОД ЗАЩИТОЙ ГЛИЦЕРИНА**

Землянских Н. Г., Бабийчук Л. А.

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

К настоящему времени накоплен значительный опыт использования криоконсервированных эритроцитов для пополнения временного дефицита крови, продления срока хранения аутологичной крови или создания запасов эритроцитов с редким фенотипом.

Целью работы было изучение влияния процесса криоконсервирования эритроцитов человека под защитой глицерина на экспрессию поверхностного мембранного маркера CD44, несущего антигены двух различных систем групп крови – AnWj и In a/b.

Эритроциты, обработанные 30%-ным раствором глицерина, замораживали в жидком азоте (-196°C), отогрев проводили при 42°C. Криопротектор удаляли с помощью серии растворов путем центрифугирования. Маркер CD44 идентифицировали методом проточной цитометрии (FACS Calibur Becton Dickenson, США) с использованием одноименных моноклональных антител, конъюгированных с флуоресцентным красителем FITC (CD44-FITC). Данные анализировали с помощью программного обеспечения WinMDI 2.8.

В нативной суспензии около 80% эритроцитов экспрессируют CD44 на поверхности клетки (CD44⁺-клетки) и 20% являются CD44⁻-клетками. После кратковременной инкубации размороженных эритроцитов при физиологической температуре было обнаружено существенное снижение экспрессии маркера и уменьшение количества CD44⁺-клеток. Удаление криопротектора сопровождалось потерей части клеток в процессе отмывки, при этом в суспензии криоконсервированных эритроцитов, сохранивших целостность, уровень экспрессии CD44 и количество CD44⁺-клеток не отличалось от контрольных значений. Гипотермическое хранение размороженных эритроцитов в присутствии глицерина в течение 24 часов, в целом не оказывало дополнительного влияния на характеристики CD44, выявленные на этапе размораживания. При гипотермическом хранении размороженных и отмытых от криопротектора эритроцитов параметры CD44 не отличались от контрольных значений.

Изменения характеристик CD44 в размороженных эритроцитах указывает на нестабильность клеток со сниженной экспрессией CD44, поскольку удаление таких клеток в процессе отмывки от криопротектора, сопровождаемое гемолизом, восстанавливает характеристики данного маркера в суспензии клеток до контрольных параметров.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Зигало Е. В., Стойкевич М. В., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначити частоту виявлення синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) в залежності від статі та віку.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 40 хворих на ХЗЗК, з них – 27 (67,5 %) хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) і 13 (32,5 %) хворих на хворобу Крона (ХК). Серед обстежених було 23 (57,5 %) жінок та 17 (42,5%) чоловіків. За віковим розподілом 29 (72,5 %) хворих відповідали молодому віку (20-44 років) та 11 (27,5 %) – середньому (45-59 років). Для діагностики СНБР виконувався дихальний водневий тест з глюкозою з використанням газоаналізатора Gastro⁺ Gastrolyzer.

Результати. Середній рівень виділення водню в загальній групі як у жінок, так й у чоловіків склав $(19,1 \pm 2,4)$ ppm та $(14,9 \pm 3,6)$ ppm, відповідно, що перевищувало нормальний поріг та свідчило про наявність СНБР. При проведенні порівняльного аналізу між нозологіями, цей показник був вірогідно більшим у чоловіків хворих на НВК $(21,4 \pm 3,1)$ ppm в порівнянні з ХК $(14,9 \pm 2,6)$ ppm ($p < 0,05$). Частота СНБР складала 69,6 % жінок та майже у 1,5 рази була меншою у хворих чоловіків (47,1 %). Аналіз частоти виявлення СНБР показав, що зміни у стані мікрофлори тонкої кишки спостерігались у 60,0 % хворих на ХЗЗК, декілька переважали при НВК (62,9 %) в порівнянні з ХК (53,9 %). Аналіз показників ВДТ в залежності від віку показав, що зміни концентрації водню у видихасомому повітрі спостерігались у значній кількості пацієнтів ХЗЗК молодого віку. При цьому достовірні відмінності стосувались порівняння результатів хворих середнього та молодого віку хворих на НВК та ХК ($p < 0,01$). Частота СНБР складала 68,9 % хворих молодого віку та майже у 2 рази менше у хворих середнього віку (36,4 %).

Висновок. Виявлені зміни складу мікрофлори тонкої кишки у вигляді СНБР у хворих на ХЗЗК залежно від віку та статі. Підвищена концентрація водороду у 2 рази від базального рівня в перший час заміру у більшій кількості молодих жінок на ХЗЗК свідчить про порушення тонкокишкового мікробного гомеостазу із зсувом у бік надмірного зростання грамнегативних бактерій та анаеробів.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ТА/АБО ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ АБЛЯЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Золотарьова Т. В., Бринза М. С., Шевчук М. І., Махаринська О. С., Яблучанський М. І.

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

Мета роботи: оцінити функціональні показники у пацієнтів з фібриляцією (ФП) та/або тріпотінням передсердь (ТП) після радіочастотної абляції (РЧА) у гострому періоді в залежності від функціонального класу хронічної серцевої недостатності (ФК ХСН).

Матеріали та методи: обстежено 74 пацієнта на 3-5 день після абляції з приводу ФП та/або ТП у віці $60,6 \pm 7,05$ ((M \pm sd)). Пацієнти були розподілені на групи в залежності від ФК ХСН (згідно з Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів (NYHA)): 23 пацієнта з ХСН I ФК, 32 – II ФК, 19 – III ФК. Оцінювалися наступні ознаки: стать та вік пацієнтів, частота серцевих скорочень (ЧСС), пульс, частота дихальних рухів (ЧДР), рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску (САТ та ДАТ); електрокардіографічні (ЕКГ) показники – QRS, QTc; ехокардіографічні (ЕхоКГ) показники – фракція викиду (ФВ), кінцево-діастолічний розмір (КДР) лівого шлуночка (ЛШ), кінцево-систолічний розмір (КСР) лівого шлуночка (ЛШ), розмір лівого та правого передсердь (ЛП та ПП); показники системи крові- гемоглобін (Гб), еритроцити (Ер), креатинін, глюкоза; антропометричні показники- індекс маси тіла (ІМТ), окружність талії (ОТ). Отримані дані після формування бази даних оброблялися в Microsoft Excel, SPSS 17,0.

Результати: за такими показниками, як ЧСС, пульс, ЧДР, рівнем САТ та ДАТ, QRS, QTc, КДР ЛШ, КСР ЛШ, Гб, Ер, креатинін, глюкоза, ІМТ, ОТ, достовірної різниці виявлено не було, тобто ці показники не залежать від ФК ХСН. Виявлена достовірна різниця між II ФК та III ФК ХСН за розміром ПП, у III ФК ХСН достовірно більший. Розмір ЛП достовірно перевищував у III ФК ХСН в порівнянні з I ФК ХСН. За даними корелограм спостерігаються формування чітких сильних зв'язків, особливо у III ФК ХСН, що не нашло відображення у літературі, тому потребує подальшого дослідження.

Висновки: ЧСС, пульс, ЧДР, рівень САТ та ДАТ, QRS, QTc, КДР ЛШ, КСР ЛШ, Гб, Ер, креатинін, глюкоза, ІМТ – не залежать від ФК ХСН. РЧА частіше виконується пацієнтам з ХСН зі збереженою ФВ чи діастолічною дисфункцією ЛШ. Пацієнти I ФК ХСН мають достовірно менший розмір ЛП у порівнянні з III ФКХСН, що асоціюється з кращим прогнозом у плані ефективності РЧА.

ВСТАНОВЛЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ ДІЇ КОНДЕНСОВАНИХ ГЕТЕРОЦИКЛІЧНИХ СПОЛУК З ПІРИДИНОВИМ ФРАГМЕНТОМ

Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Торяник І. І.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН»,
Київський медичний університет*

В Україні та інших країнах світу відсутні наукові розробки та дослідження в напрямку визначення протимікробної дії нових синтетичних конденсованих гетероциклічних сполук з піридиновим фрагментом. Близько 30 % лікарських субстанцій та відомих біологічно активних речовин містять в своїй структурі азинові цикли. Відсутність достеменної інформації щодо речовин, які б поєднували в одній молекулі пірановий та піримідиновий фрагменти, сприяло розгортанню фахівцями кафедри органічної хімії Національного фармацевтичного університету МОЗ України (2005) досліджень з пошуку синтетичних шляхів одержання таких сполук. Актуальність започаткованої розробки полягала у отриманні синтетичних сполук/ матеріалів - джерел біологічно активних субстанцій. Синтетична можливість як трансформації функціональних замісників в структурі 2Н-пірано[2,3-с]піридину, так і поєднання його з низкою гетероциклічних фрагментів, або ж побудови на його основі нових гетероциклічних систем надають змогу динамічно модифікувати структуру кінцевих продуктів з метою вивчення залежностей “структура-активність”. Проведений пошук серед найближчих аналогів 7-азакумаринів, показав, що такі сполуки можуть бути цікавими з точки зору створення на їх основі протимікробних, фунгіцидних препаратів. Автори відзначають труднощі синтезу 2Н-пірано[2,3-с]піридину. Синтез обраних речовин доцільно здійснювати, виходячи із піридоксалу – 3-гідрокси-5-гідроксиметіл-2-метил-4-формілпіри-дину – гетероаналога саліцилового альдегіда. Насамперед, піридоксаль є одним із провітамінів В6, тому можна розраховувати на існування в організмі людини шляхів біотрансформації і метаболізму його похідних та продуктів подальших перетворень. Крім того, більшість синтезованих сполук в межах даного систематичного ряду речовин можуть бути віднесені до класу сполук, “подібних до ліків”. Обґрунтованість вибраного напрямку підтверджено дослідженнями останніх років, в межах яких вивчалась антибактеріальна дія ряду інших гетероциклічних сполук: гідразонів солей хінолінію, метинових похідних хінолінію, азот та залізовміщуючих похідних хіноліну з фероценьніними фрагментами. Отже, у дослідженні визначено рівень протимікробної дії перспективних синтетичних сполук серед похідних конденсованих гетероциклічних систем з піридиновим фрагментом, отримане об’єктивне мікробіологічне обґрунтування доцільності створення на їх основі нових протимікробних лікарських засобів для лікування захворювань мікробної етіології з метою проведення альтернативної антибіотикотерапії.

ПРОВІДНІ МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ БАКТЕРІЙ У БОРОТЬБИ ЗА ІСНУВАННЯ ТА ЇХНЄ ЗАСТОСУВАННЯ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Торяник І. І.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН»,
Київський медичний університет*

У боротьбі за існування бактерії використовують різні механізми захисту від антимікробних лікарських засобів. Продукція β -лактамаз-найпоширеніший з них при зустрічі бактерій з β -лактамними антибіотиками (пеніцилінами, цефалоспоринами, карбапенемами, монобактамами). β -лактамази – ферменти, які інактивують антибіотики, кодується хромосомами або плазмідами. Вони поширені серед грамнегативних мікроорганізмів та продукуються стафілококами. Зв'язування β -лактамази з β -лактамним антибіотиком призводить до інактивації антибіотика шляхом гідролізу амінного зв'язку лактамного кільця. Стафілококи секретують ферменти після потрапляння препарату в навколишнє середовище та призводять до зниження його концентрації. Для них характерна популяційна резистентність. Синтез ферментів кодується індукцйбельними генами, тобто β -лактамази більш інтенсивно утворюються у присутності препарату. Тонка стінка грамнегативних бактерій дозволяє антибіотикам проникнути всередину клітини, де вони взаємодіють з β -лактамазами у периплазматичному просторі. Грамнегативні бактерії (*Escherichia*, *Pseudomonas*) виявляють більш виражену резистентність (у порівнянні з грампозитивними бактеріями), яка не залежить від дози інфекційного агента. У них синтез β -лактамаз не залежить від присутності лікарських засобів. Підвищення продукції β -лактамаз або утворення ензимів з підвищеною спорідненістю до антибіотика є основною причиною поширення цефалоспоринрезистентних штамів. Окремі представники сімейства *Enterobacteriaceae* (*Enterobacter* spp., *Citrobacter freundii*, *Morganella morganii*, *Serratia marcescens*, *Providencia* spp.), а також *Pseudomonas aeruginosa* здатні до продукції хромосомних цефалоспориаз, що характеризуються високою спорідненістю до цефалоспоринів III покоління. Індукція або пригнічення цих хромосомних β -лактамаз в період застосування цефалоспоринів III покоління призведе до формування резистентності до всіх доступних цефалоспоринів. Поширення цієї форми резистентності збільшується у випадках лікування інфекцій, викликаних *Enterobacter cloacae* і *Pseudomonas aeruginosa*, цефалоспоринами широкого спектру дії. Останнім часом були відкриті β -лактамаз розширеного спектру дії, які кодується плазмідами і продукуються переважно *Klebsiella pneumoniae*. Подібні мутації відбуваються постійно, що призводить до народження мікроорганізмів з новими властивостями, в тому числі резистентних до протимікробних препаратів.

РОЛЬ ТА МІСЦЕ КАНДИДОЗІВ У СУЧАСНІЙ СТРУКТУРІ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ

Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Торяник І. І.

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

Спираючись на масштабний науково – теоретичний матеріал, ретроспективні дані попередніх дослідників мікозів, сучасний актив патентної інформації вивчали роль мікозів у сучасній структурі інфекційної захворюваності. За результатами епідеміологічного аналізу, статистичних обрахунків встановлено, що розповсюдження мікозів в Україні визначається містким спектром та широким характером. У відповідності із статистичними спостереженнями мікотична патологія посідає провідне місце в структурі інфекційної захворюваності. Саме цей показник у світі поступово зростає, що пов'язано з широким застосуванням антибактеріальних препаратів, цитостатиків, які надають сприятливий фон для розвитку захворювання. На сьогоднішній день більше, ніж 20 % населення є носіями дріжджеподібного гриба, у понад 37 % захворювання, спричинені ним набувають хронічного характеру. За даними Національного комітету США з контролю за внутрішньолікарняними інфекціями (NNIS) за останнє десятиліття частота нозокоміальних мікозів збільшилася в 2,5 рази, а частота кандідемії – у 5 разів. Гриби роду *Candida* знаходяться на 4-му місці серед патогенів, які найбільш часто виділяються з крові і складають 10 % усіх позитивних посівів крові. Розвиток кандідемії супроводжується підвищенням вірогідності летального наслідку в 2,9 рази. Різні види дріжджеподібних грибів викликають до 4 % хірургічної патології, 13 % захворювань сечовивідного тракту. Серед новонароджених частота захворювань збільшилася за останні 20 років у 7 разів. Частота уrogenітального кандидозу в структурі інфекційної патології складає від 26 до 40 - 45 %. За минулі два десятиліття гриби роду *Candida* з патогенів, які раніше зустрічались досить рідко, стали одними з основних опортуністичних мікроорганізмів, що викликають внутрішньолікарняні інфекції. Рід *Candida* містить понад ста п'ятидесяти чотирьох видів, які відносяться до дейтеромицетів, близько двадцяти з них – збудники кандидозу. Від 25 % до 50 % внутрішньолікарняних кандідемії трапляється у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації. Найпоширенішим збудником кандидозу є гриб *C. albicans*, але *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*, *C. glabrata*, *C. krusei* можуть стати причиною глибокого кандидозу, іноді з летальними наслідками. *C. parapsilosis* відрізняється здатністю викликати ендокардит, у культурі клітин ці гриби стійкі до впливу зовнішнього середовища, спроможні зберігати життєздатність у висушеному стані, після заморожувань та розморожувань.

ВЛИЯНИЕ СИЛЫ ЗАВИСИМОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ИЗМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ильченко И. А., Павликова А. А.

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина
Кафедра клинической фармакологии и внутренней медицины*

Цель. Изучить влияние силы зависимости табакокурения (СЗТ) на изменение артериального давления (АД) среди студентов-медиков.

Материалы и методы. Обследовано 53 студента 5 курса Харьковского национального медицинского университета, имевших стаж курильщика от 4 до 9 лет (в среднем $6,2 \pm 1,5$ лет), 32 юноши и 21 девушка, (средний возраст – $21,8 \pm 2,9$ лет), сигаретный индекс - от 10 до 28 (в среднем $14,4 \pm 2,8$). В группу обследования не включались лица с любыми клинически верифицированными заболеваниями. На основании результатов проведенного анонимного анкетирования с использованием опросника К.Фагерстрема определяли СЗТ. Измерение АД проводилось по стандартной методике по методу Короткова: в утренние часы в состоянии покоя в положении сидя не менее 3-х минут на обеих руках измерялось АД, затем на доминирующей руке регистрировалось среднее арифметическое суммы двух последующих измерений. Оценивали влияние СЗТ на изменение систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica for Windows 7.0.

Результаты. В обследованной группе студентов параметры САД и ДАД составляли соответственно: САД от 120 мм рт. ст. до 145 мм рт. ст. (среднее $133,6 \pm 4,8$ мм рт. ст.); ДАД от 70 мм рт. ст. до 85 мм рт. ст. (среднее $77,4 \pm 2,2$ мм рт. ст.). Статистически значимых гендерных различий между показателями САД и ДАД выявлено не было. Установлено влияние СЗТ на изменение АД: была выявлена положительная корреляция между повышением САД со средней ($r=0,49$; $p<0,05$) и сильной ($r=0,65$; $p<0,05$) степенью СЗТ, а также тенденция к повышению ДАД ($p>0,05$), отмечавшейся при сильной СЗТ.

Выводы. Выявленные корреляционные связи между СЗТ и повышением АД подтверждают прогностически неблагоприятное влияние табакокурения на формирование артериальной гипертензии, что в дальнейшем может способствовать развитию различных хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, увеличивать кардиоваскулярный риск. Студентам-медикам необходимо не только отказываться от вредных привычек, но самим вести и максимально пропагандировать здоровый образ жизни для обеспечения ее высокого качества и профилактики различных заболеваний.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА: В ФОКУСЕ ВРАЧИ-ЖЕНЩИНЫ

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 – изучить поведенческие факторы кардиоваскулярного риска и показатели качества сна у врачей-женщин.

Материалы и методы. Обследовано 27 врачей-женщин четырех различных специальностей – кардиологов, терапевтов, гастроэнтерологов и пульмонологов. Медиана возраста включенных в исследование составила 48,5[32,3÷56,0] лет. Всем определяли рост, вес, индекс массы тела (ИМТ). Физическую активность оценивали по количеству пройденных за сутки шагов с помощью шагомера OMRON Walking style III. Пищевые привычки врачей изучали с помощью самостоятельно разработанного опросника. Нарушения сна оценивали при помощи шкалы американской академии медицины сна (2014 год).

Результаты. Медиана ИМТ вошедших в исследование женщин составила 26,9 [24,0÷35,5] кг/м². Среди обследованных 4 человека (7,8 %) курят в настоящее время и 5 человек (9,8 %) о том, что курили в прошлом (более 5 лет назад). Результаты подсчета количества пройденных за сутки шагов свидетельствуют о недостаточной физической активности обследованных врачей-женщин. Так медиана пройденных за сутки шагов составила 7479[5574÷10999]. В той или иной мере недостаточная физическая активность обследованных была связана с ежедневным использованием автомобилей (18,5%). Распространенность нездоровых пищевых привычек среди врачей-женщин также была высокой. Так 29% опрошенных употребляли более 5 г поваренной соли в сутки, 37% из участвовавших в исследовании не исключали транс-жиры из рациона и 85% респондентов употребляли сладкие газированные напитки чаще 3 раз в неделю. Установлено низкое качество сна у опрошенных врачей-женщин. Среди различного вида расстройств сна преобладали такие как, прерывистый сон (70%), склонность к ранним пробуждениям (59%) и затруднения при засыпании в одно и то же время (37%). Вследствие данных нарушений сна 89% врачей-женщин отмечали дневную сонливость, 78% - эмоциональную лабильность, 70% - нарушения внимания, концентрации и памяти и 59% - уменьшение энергичности и инициативности.

Выводы. Проведенное нами исследование продемонстрировало достаточно низкий уровень физической активности и преобладание нездоровых пищевых привычек у украинских врачей-женщин. При оценке качества сна у значительной части обследованных были выявлены различные виды нарушений сна и связанные с ними дневные симптомы.

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРЯ ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ І ДУЖЕ ВИСОКИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ В ХОДІ НАВЧАННЯ У «ШКОЛАХ ЗДОРОВ'Я»

Ісаєва Г. С., Резнік Л. А., Вовченко М. М., Буряковська О. О.

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

Ціль: оцінити комплаєнс у пацієнтів з високим і дуже високим серцево-судинним ризиком в ході навчання у «школах здоров'я».

Матеріали та методи. Було проаналізовано дані 47 пацієнтів з високим і дуже високим серцево-судинним ризиком, що пройшли повний цикл навчання у «Школах здоров'я». На момент вступу до дослідження усі пацієнти приймали інгібітори АПФ/сартани, статини, бета-адреноблокатори, антиагреганти у дозах що були підібрані під час лікування в ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України». Оцінка комплаєнса проводилась через 6 та 12 місяців навчання у «Школах здоров'я».

Результати. Так на момент вступу до дослідження тільки 74,4 % приймали інгібітори АПФ/сартани, 57,0 % статини, 78,0 % бета-адреноблокатори, 94,0 % антиагреганти. На першому візиті була призначена терапія у дозах що були підібрані під час лікування в НІТ. Через 6 місяців комплаєнс дещо знизився і суттєво не змінювався на протязі року: 81,4 % інгібітори АПФ/сартани, 69,0 % статини, 89,0 % бета-адреноблокатори, 96,0 % антиагреганти. Через 12 місяців комплаєнс знизився але залишався високим для інгібіторів АПФ/сартанів, бета-адреноблокаторів і антиагрегантів, але дещо знизився щодо статинів: 88,4 % інгібітори АПФ/сартани, 77,5 % статини, 96,0 % бета-адреноблокатори, 97,0 % антиагреганти. Проте комплаєнс все одно залишався вищим, ніж на момент вступу до дослідження.

Висновки. Незважаючи на те, що комплаєнс до призначення інгібіторів АПФ/сартанів, статинів, бета-адреноблокаторів, антиагрегантів знизився протягом року в ході навчання у «школах здоров'я» пацієнтів з високим і дуже високим серцево-судинним ризиком, він все одно залишався вище, ніж до початку навчання.

ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Искандерова С. Дж., Маманазарова Д. К., Зиямухамедова М. М.
*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский
институт усовершенствования врачей, Узбекистан*

Цель. Выявить клинико-инструментальные проявления поражения легких (ПЛ) больных ССД, разработать программу лечения.

Материал и методы. Обследованы 37 больных ССД, согласно критериям АКР, мужчин - 4, женщин - 33, возраст 18-56 лет, в среднем $32 \pm 6,1$ года. Активность ССД I степени - у 24,3%, II - у 62,2%, III - у 16,3% больных. Функциональное состояние легких изучено у 32 больных ССД при помощи показателей функций внешнего дыхания (ФВД), анализируемые параметры ЖЕЛ, ООВ₁, МИТ. ПЛ отмечено у 26 из 37 больных ССД (70,3%). Из них тип интерстициального поражения легких (ИПЛ) с фиброзирующим альвеолитом (ФА) и диффузным пневмосклерозом преимущественной локализации в базальных отделах диагностирован у 22 из 26 человек (84,6%), наблюдался чаще в первые годы болезни.

Результаты. ЛГ изолированно или в сочетании с базальным пневмофиброзом наблюдался чаще у больных с длительным хроническим течением - у 6 из 13 (46,1%) больных с длительностью болезни свыше 5 лет из них у 4 при проведении ЭхоКГ выявлена ЛГ (30,8%); давление в легочной артерии было равно $29,8 \pm 4,6$ мм рт. ст. В целом по группе с ПЛ ЛГ составила 10,8%. При определении ФВД отмечены нарушения по рестриктивному типу. Картина ФА была быстро прогрессирующей у 4 из 26 (15,4%) больных. При прогрессировании легочного фиброза у 12 из 26 больных с ПЛ (46,1% отмечалось усиление одышки - дыхательная недостаточность, характеризующая развитием вентиляционных нарушений преимущественно рестриктивного типа (уменьшение ЖЕЛ), реже смешанного или обструктивного типов (уменьшение ОФВ₁, ФЖЕЛ и МИТ и диффузионной способности легких по PCO_2), распространение изменений по типу «матового стекла» и «сотового легкого».

Терапия включала глюкокортикоиды, 25-30 мг преднизолона в сутки, при ФА суточную дозу преднизолона увеличивали до 40-50 мг, цитостатики, антимаболины, антиагреганты и антикоагулянты, при явлениях микроангиопатии применяли сосудистые препараты, при необходимости простогландины. При обструктивных нарушениях использовались ингаляционные глюкокортикоидные и бронхолитические средства.

Выводы. У больных ССД наблюдалось поражение легких: ИПЛ с ФА и диффузным пневмосклерозом в базальных отделах наблюдалось чаще в первые годы болезни (у 66,7%), ЛГ - при длительном течении. Прогрессирующие вентиляционные нарушения характеризовались рестриктивным или обструктивным типами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРЕКТОРА ТИМОПТИНА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

Искандерова С. Дж., Маманазарова Д. К., Зиямухамедова М. М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Оценка эффективности комплексной терапии больных ревматической лихорадкой (РЛ) с применением иммунокорректора тимоптина на стационарном и амбулаторном этапах наблюдения.

Материал и методы. Больных ревматической лихорадкой (РЛ) было 107 (32 мужчин, 74 женщин), возраст $27,5 \pm 6,5$ лет, длительность заболевания $10,1 \pm 5,2$ года, приобретенные пороки сердца у всех больных.

Согласно программе лечения, больные разделены на 2 группы. Больные основной группы (ОГ, $n=85$) получили рутинную противоревматическую терапию (антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды), стандартизованное лечение ХСН; в качестве иммунокорректора был назначен препарат «Тимоптин» по 100 мкг в/м, на курс 5-10 инъекций. Контрольная группа (КГ, $n=22$) получала ту же программу лечения, но без включения тимоптина. Для сравнения обследованы 20 здоровых лиц, репрезентативных по полу и возрасту. Нарушение иммунного статуса определены по состоянию клеточного и гуморального звеньев Т-и В-лимфоцитов, ФАН, ФЧ, IgG и ЦИК.

Результаты. У больных РЛ наблюдались выраженные изменения клинического и гуморального звеньев иммунитета - снижение содержания СД3+, СД4+, СД8+, СД19+, ИРИ, депрессия фагоцитоза, (снижение ФАН и ФЧ), что сопровождалось увеличением показателей ЦИК. IgG и вч СРБ. Включение иммунокорректора тимоптина значительно улучшило клиническое состояние и нормализовало иммунограмму, что сопровождалось повышением активности процессов фагоцитоза, снижением уровня ЦИК, IgG и вч СРБ. После лечения состояние больных можно резюмировать как значительное улучшение у 39,8% и улучшение - у 52,9%, всего у 91,7% больных ОГ. у больных КГ значительное улучшение было у 22,7%, улучшение - у 45,4%, всего у 68,1% больных был позитивный результат. Наблюдения в проспекте 1 года у пациентов ОГ выявили снижение активности неспецифического иммунитета через 6 и 12 месяцев, что требовало амбулаторного назначения тимоптина на фоне противорецидивной вторичной профилактики РЛ.

Выводы. Комплексное лечение с применением иммунокорректора тимоптина дало лучший эффект в нормализации (восстановлении) изучаемых показателей клеточного иммунитета, сопровождалось повышением активности процессов фагоцитоза, снижением уровня IgG, ЦИК и вч СРБ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЭРИТИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Искандерова С. Дж., Салихов Ш. И., Бахрамов С. М.,
Сулейманова Д. Н., Бабаджанова Ш. А., Гафурова Н. Д.,
Хамидов Ш.А.

ИБОХ АН РУз, ТашИУВ, НИИ ГПК, ТМА, ТашУЗБ

Цель. Определение клинической эффективности и переносимости отечественного антианемического препарата «Эритим» раствор 0,001% при лечении железодефицитной анемии (ЖДА).

Материал и методы исследования. Обследовано 180 больных женского пола в возрасте 19 лет и старше. Больные разделены на 2 группы по 90 человек. В основной группе (ОГ) пациенты получали препарат Эритим (разработанный в Институте биоорганической химии АН РУз под руководством академика Ш.И.Салихова) на фоне стандартизированной терапии ЖДА сублингвально 5 капель 2 раза в день за 30 мин до еды в течение 10 дней. Пациенты контрольной группы (КГ) получали только стандартизированную терапию. В ОГ и КГ сформированы по 3 подгруппы по степени тяжести ЖДА. Оценка тяжести по динамике анемического синдрома (АС), содержание гемоглобина (ГГ), эритроцитов (ЭЦ), ретикулоцитов (РЦ). Статистическая обработка проведена отдельно по 6 подгруппам и по 2 группам ($M \pm \sigma$, $p < 0,05$).

Результаты исследования. В динамике лечения показатели эритропоэза у всех больных ОГ были выше, чем у больных в КГ. Среднесуточный прирост ГГ, ЭЦ, РЦ в ОГ был больше, чем в КГ, АС уменьшился в 5,4 раза. Эффективность применения комплексной терапии с применением Эритима была выше, чем в КГ. Разница параметров «ОГ-КГ» после лечения достоверна ($p < 0,05$).

Исходная величина АС (баллы) в обеих группах была одинаковой ($7,5 \pm 0,5$), по окончании лечения у больных ОГ АС снизился до $1,4 \pm 0$, то есть уменьшился в 5,4 раза, в КГ АС снизилось до $3,7 \pm 0,3$, то есть снизился в 2 раза ($p < 0,05$). Оценка эффективности комплексной терапии с применением препарата Эритим по 4-х балльной системе, учитывающей ежесуточный прирост ГГ и уменьшение АС, была равна $3,8 \pm 0,3$ балла, что больше результатов применения стандартизированной терапии ($2,8 \pm 0,2$), $p < 0,05$. Переносимость препарата Эритим была хорошая, побочных явлений не выявлено.

Выводы. Препарат Эритим усиливает антианемические эффекты стандартизированной терапии железодефицитной анемии, не ухудшает её переносимость и может применяться в клинической практике в качестве лекарственного средства, стимулирующего эритропоэз.

ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З НАЯВНІСТЮ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Іваницька Т. А., Бурмак Ю. Г.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Питання розвитку метаболічного синдрому (МС) у пацієнтів молодого віку стає більш актуальним з кожним днем. У той же час, однією із основних проблем пацієнтів з МС є раннє та активно прогресуюче атеросклеротичне ураження (АУ) судин.

Мета роботи – визначення ступеня атеросклеротичного ураження судин у пацієнтів молодого віку з метаболічним синдромом.

Матеріали і методи дослідження. Нами був обстежений 61 пацієнт (42 чоловіка та 19 жінок) молодого віку ($29,12 \pm 4,23$ роки) із ознаками метаболічного синдрому. Контрольну групу склали 23 здорові людини (18 чоловіків та 5 жінок) із середнім віком ($26,38 \pm 4,47$ роки). Визначення показників еластичності сонних артерій проводили на апараті RADMIR ULTIMA PA.

Отримані результати та їх обговорення. Нами були отримані наступні результати: товщина комплексу інтима – медіа загальної сонної артерії у пацієнтів основної та досліджуваної груп склала $0,75 \pm 0,093$ мм та $0,732 \pm 0,071$ мм, відповідно, та не мала статистично значимих відмінностей. У той же час, індекс аугментації (AI) у досліджуваних груп мав статистично значимі відмінності ($p=0,0283$): у пацієнтів контрольної групи він склав $3,23 \pm 1,47\%$, а у пацієнтів основної групи $12,89 \pm 2,62\%$. Аналогічну тенденцію мали показники індексу жорсткості (SI) у пацієнтів контрольної групи він склав $6,71 \pm 0,98$, а у пацієнтів основної групи $8,41 \pm 1,62$, у той же час показники були статистично недостовірними ($p=0,14$).

Висновки. Таким чином, необхідно відмітити, що товщина комплексу інтима-медіа у пацієнтів молодого віку з МС не має відмінностей від здорових і не може використовуватись для оцінки стану атеросклеротичних уражень серцево-судинної системи. Найбільш ранніми змінами є зміни показників еластичності артерій. У той же час, вивчення найбільш чутливих показників потребує подальших досліджень.

Перспективи подальших досліджень. Напрямок подальших досліджень є визначення напрямків терапії, що можуть запобігти формуванню АУ судин у цих пацієнтів.

ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ВІТАМІНУ D В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИРАЖЕНОСТІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ

Іваницький І. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Останнім часом розповсюдженість хронічних захворювань печінки зростає в усьому світі. Одним із ключових елементів, які використовуються для визначення прогресування уражень печінки є ступінь фіброзу. У той же час, відомо, що в Україні велику розповсюдженість має гіповітаміноз D, одним із можливих факторів розвитку якого є саме хронічні ураження шлунково-кишкового тракту, зокрема хронічні гепатити.

Метою дослідження стало визначення рівня 25-гідроксिवітаміну D плазми крові у пацієнтів із фіброзом печінки.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 52 пацієнти (24 жінки та 38 чоловіків) із фіброзом печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту, середній вік обстежених становив $46,12 \pm 6,25$ років. Ступінь фіброзу визначали за допомогою методу зсувнохвильової еластометрії на апараті RADMIR ULTIMA PA та відображали за шкалою METAVIR. У 36 пацієнтів відмічався фіброз I ступеня за шкалою METAVIR, у 16 – фіброз II та III ступенів.

Отримані результати та їх обговорення. Було визначено, що у пацієнтів з фіброзом I ст. за шкалою METAVIR рівень вітаміну D склав $21,33 \pm 4,38$ нг/мл, а у пацієнтів із високими ступенями фіброзу (II або III за шкалою METAVIR) рівень вітаміну D склав $13,21 \pm 3,41$ нг/мл. (різниця між досліджуваними групами була статистично достовірною ($p=0,0241$)). Також було знайдено, що рівень 25-гідроксिवітаміну D мав тісний позитивний кореляційний зв'язок із показником еластичності печінкової тканини ($r=0,745$; $p=0,034$).

Висновки. Отримані результати, таким чином, свідчать, що розвиток фіброзних уражень печінки безпосередньо впливає на формування гіповітамінозу D у пацієнтів із неалкогольним стеатогепатозом, що передбачає необхідність проведення у них корекції гіповітамінозу D.

Перспективи подальших досліджень. Подальшим напрямком досліджень є визначення у пацієнтів із фіброзом печінки порушень окремих ланок гомеостазу кальція.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ТА ЧАСТУ ЕКСТРАСИСТОЛІЮ

Іванкова А. В., Кузьміна Н. В.

Кафедра внутрішньої медицини №1

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

Мета: оцінити особливості функціонального стану нирок в залежності від наявності різних форм екстрасистолії у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії.

Матеріали і методи:

Обстежено 90 хворих на ГХ II стадії без наявності аритмій та з частою екстрасистолією (більше 30 екстасистол за 1 год дослідження), виділено 3 клінічні групи (1-а - хворі без аритмії; 2-а - хворі з частою суправентрикулярною (СЕ) і 3-я - хворі з частою шлуночковою екстрасистолією (ШЕ)). Усім хворим проведено добове моніторування ЕКГ та оцінка функції нирок (визначення рівня креатиніну, сечової кислоти, протеїнурії і мікроальбумінурії, величини швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ. Результати оброблені з допомогою статистичних методів пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 12.0.

Результати:

Аналіз показників функціонального стану нирок у клінічних групах виявив вищі значення креатиніну у сироватці крові пацієнтів із частою ШЕ в порівнянні з групами без аритмій та частою СЕ (112 проти 95 і 94 мкмоль/л відповідно, $p=0,001$). Розрахунок ШКФ теж показав різницю між вказаними групами (59 проти 66 і 66 мл/хв/1,73 м², $p < 0,03$). Міжгруповий аналіз виявив достовірно вищу частоту реєстрації ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м² в групі пацієнтів із ШЕ в порівнянні з групами СЕ і без аритмії (45,2% проти 20,5% і 20,9%, $p=0,003$). Крім того, у пацієнтів із ШЕ, у порівнянні з СЕ, реєстрували достовірно вищий середній рівень мікроальбумінурії (220 проти 150 мг за добу, $p=0,02$).

Висновки:

Часта ШЕ у хворих із ГХ, на відміну від частої СЕ і відсутністю порушень ритму, асоційована з більш тяжким функціональними порушеннями роботи нирок і збільшенням частоти випадків ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м².

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ

Іванова К. В.

Харківській національній медичній університет, Україна

Низкою досліджень було встановлено, що процеси формування атеросклерозу та остеопорозу мають схожі патофізіологічні механізми. Існує припущення, що зміна кількісного та якісного складу глікозаміногліканів та хондроїтинсульфатів сироватки крові може впливати на формування атеросклеротичного ураження судинної стінки та призводити до зниження щільності кісткової тканини шляхом змін показників кальцієво-фосфорного обміну, тобто виступати маркерами системної запальної реакції.

Мета: визначити вміст біохімічних показників метаболізму кісткової тканини у пацієнтів на ішемічну хворобу серця (ІХС) з ожирінням та нормальною вагою.

Матеріали і методи: Обстежено 98 хворих на ІХС, в тому числі – 79 із супутнім ожирінням (основна група) та 19 осіб – з нормальною вагою (група порівняння). Середній вік хворих основної групи дорівнював $52,4 \pm 1,44$ роки, групи порівняння – $51,8 \pm 1,94$ роки. Індекс маси тіла (ІМТ) розраховувався за формулою Кетле: $\text{маса(кг)}/\text{зріст(м}^2\text{)}$. Середній ІМТ складав $31,87 \pm 0,26\%$ – в основній групі та $23,8 \pm 0,24\%$ – в групі порівняння. До групи контролю увійшло 20 практично здорових осіб відповідних за статтю та віком. Статистичний аналіз проводили за допомогою програмного пакету «Statistica 10.0».

Результати. Визначення показників глікозаміногліканів (ГАГ) показало, що спостерігалось збільшення вмісту ГАГ 1-ї фракції як у основної групи пацієнтів 7,1 (6,3;8,1) Од., так і групи порівняння 7,1 (6,3;7,7) Од., при контролі – 5,9 (5,6;7,5) Од ($p < 0,005$); однак означені величини не відрізнялися між групами. Показники хондроїтинсульфату виходили за рамки референтних значень та були найвищими у хворих на ІХС з нормальною вагою 0,14 (0,12;0,20) г/л, порівняно з пацієнтами основної 0,104 (0,07;0,116) та контрольної 0,007 (0,07;0,11) груп ($p < 0,005$). Вміст кальцію сироватки крові навпаки був достовірно вищим у хворих основної групи 2,5(2,4;2,56) ммоль/л проти групи контролю 2,39 (2,3; 2,47) ммоль/л та групи порівняння – 2,4(2,35; 2,46) ммоль/л. Показники вмісту фосфору сироватки крові не дали достовірних результатів.

Висновки. У пацієнтів на ІХС та при її поєднанні з надлишковою вагою та ожирінням відбуваються метаболічні порушення у кістковій тканині, що сприяє атеросклеротичному ураженню судин та можна розглядати в якості маркеру остеопенічних станів.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ DASH ДІЄТИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Іванченко С. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Модифікація способу життя та зміна харчових звичок є основною ланкою профілактики підвищення артеріального тиску (АТ) та запобігання виникненню судинних катастроф. За думкою лікарів-дієтологів, однією з найбільш ефективних і при цьому безпечних дієт для хворих з серцево-судиною патологією є так звана DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) дієта. Її особливостями є переважне вживання фруктів, овочів та знежирених молочних продуктів при обмеженні вживання солі. Дане харчування сприяє збагаченню організму калієм, кальцієм і магнієм з одночасним зменшенням концентрації натрію. Подібна зміна електролітного балансу має сечогінний ефект, сприяє виведенню надлишків солі та призводить до зниження АТ.

Мета: оцінити ефективність DASH дієти як способу немедикаментозної корекції підвищення АТ у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням.

Матеріали і методи: 32 хворим на ГХ з ожирінням середнім віком $55,6 \pm 8,3$ років було призначено DASH дієту. Моніторинг АТ проводився пацієнтами самостійно в домашніх умовах впродовж місяця тричі на добу з занесенням даних у індивідуальний щоденник. Контрольне відвідування лікаря – раз на тиждень. Хворих було розподілено на 2 групи: 1-ша – пацієнти з ГХ 1 ступеню, що було виявлено вперше ($n=12$), які додатково не отримували антигіпертензивну терапію; 2-га – пацієнти з ГХ 2-3 ступеню ($n=20$), що дотримувались DASH дієти одночасно з використанням 2-3 антигіпертензивних препаратів з різних груп.

Результати: за результатами дослідження у 58,3% (7 осіб) хворих 1-ї групи вдалося досягти цільових цифр АТ без використання медикаментозної корекції. При цьому 83,3% (10 осіб) відзначили зниження маси тіла на $4,3 \pm 1,8$ кг. У 2-ї групі цільовий рівень АТ за умови зниження середньодобової дози антигіпертензивних препаратів було досягнуто у 40% пацієнтів (8 осіб). У 35% (7 осіб) цієї групи проведено корекцію медикаментозної терапії з використанням монотерапії. Застосування DASH дієти у 75% (15 осіб) зазначених хворих призвело до зниження маси тіла в середньому на $3,2 \pm 1,04$ кг. Необхідно відзначити, що 78,1% (25 осіб) з кількості обстежених відчували загальне покращення самопочуття.

Висновки. Використання DASH дієти показало високу ефективність у якості метода немедикаментозної корекції артеріальної гіпертензії як у хворих з вперше діагностованою гіпертонічною хворобою, так для пацієнтів, що вже отримують антигіпертензивну терапію. Утримання цієї дієти призводить до зниження маси тіла, покращення самопочуття і якості життя пацієнтів.

ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНОТИПІВ АЛЕРГІЧНОЇ ТА НЕАЛЕРГІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ЕТАПІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ігнатська В. І., Матвієнко Ю. О., Полянська М. О., Зволь І. В.

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України*

Мета дослідження – провести дообстеження на етапі спеціалізованої медичної допомоги хворих з імовірними фенотипами алергічної та неалергічної бронхіальної астми (БА), виявленими на етапі первинної медичної допомоги, шляхом дослідження імунологічних показників місцевого запалення нижніх дихальних шляхів.

Об'єкт дослідження: 50 хворих на тяжку БА. У 25 (50,0 %) із них на етапі первинної медичної допомоги встановлено імовірний фенотип алергічної БА та у 25 (50,0 %) – неалергічної БА. Контрольна група – 20 здорових осіб.

Методи дослідження – клінічні, рентгенологічні, імунологічні, статистичні. При дослідженні місцевого імунітету в індукованому харкотинні підраховували процентний склад лейкоцитів за вмістом – еозинофілів (Еф), нейтрофілів (Нф), лімфоцитів (Лф) та альвеолярних макрофагів (Амф) за загальноприйнятим методом. Після цього розраховували коефіцієнти співвідношення цих клітин.

Результати. Установлено, що виділення алергічного та неалергічного фенотипів БА на етапі первинної медичної допомоги не дає повного уявлення про характер запального процесу в бронхах. На спеціалізованому етапі медичної допомоги визначено превалюючий тип клітинного запалення за допомогою гранулоцитарного ($K_g = \text{Еф}/\text{Нф}$) та мононуклеарного ($K_m = (\text{Амф} + \text{Лф})/(\text{Еф} + \text{Нф})$) коефіцієнтів, а саме: з перевагою еозинофілів в індукованому харкотинні $K_g > 1,2$ та $K_m < 1$, перевагою нейтрофілів $K_g < 0,8$ та $K_m < 1$, з рівною перевагою гранулоцитів $1,2 \geq K_g \geq 0,8$ та $K_m < 1$, з перевагою мононуклеарів $1,2 \geq K_g \geq 0,8$ та $K_m \geq 1$. Виділено 60,0 % хворих з алергічним фенотипом БА та два його варіанти: з еозинофільним запаленням – у 20,0 % хворих та змішаним запаленням (з однаковою кількістю еозинофілів та нейтрофілів в індукованому харкотинні) – у 40,0 % пацієнтів. Також на етапі спеціалізованої медичної допомоги виділено 40,0 % хворих з неалергічним фенотипом БА та два його варіанти: з перевагою нейтрофілів – у 30,0 % хворих та з перевагою Лф та Амф – у 10,0 % пацієнтів.

Висновок. Додаткове дослідження клітинного складу індукованого харкотиння у хворих на тяжку БА на етапі спеціалізованої медичної допомоги підвищує ефективність діагностики алергічної та неалергічної БА на 10,0 %, дозволяє кількісно та якісно характеризувати механізм запалення в бронхах, що є підставою для призначення патогенетично обгрунтованої протизапальної терапії.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

ДІАГНОСТИКА АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ ТА ПОЛІПОЗНОГО ЕТМОЇДИТУ У ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ЕТАПІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ігнат'єва В. І., Опімах С. Г., Гуменюк Г.Л., Власова Н. А.

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

Мета дослідження – провести дообстеження хворих на алергічну бронхіальну астму (БА) на етапі спеціалізованої медичної допомоги шляхом проведення консультації спеціаліста-оториноларинголога для уточнення виявлених на етапі первинної медичної допомоги алергічних захворювань (алергічного риніту (АР), поліпозного етмоїдиту (ПЕ)).

Об'єкт дослідження. На етапі первинної медичної допомоги було обстежено 160 хворих на тяжку БА. За даними анамнезу, клініко-функціонального обстеження та додаткового анкетування було відокремлено імовірні фенотипи захворювання: алергічної БА – у 112 (70,0 %) пацієнтів (з АР – у 41 (25,6 %), ПЕ – у 15 (9,4 %)) та неалергічної БА – у 48 (30,0 %). Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Методи дослідження – клінічні, анкетування (шкала загальних носових симптомів TNSS (Total nasal symptom score), загальних очних симптомів TOSS (Total ocule symptom score), опитувальник синоназального рахунку SNOT-22), рентгенологічні, алергологічні, статистичні.

Результати. У 14 (8,8 %) хворих на алергічну БА діагноз АР був вперше встановлений на етапі спеціалізованої медичної допомоги лікарем-оториноларингологом на підставі алергологічного анамнезу, клінічних симптомів АР, об'єктивного огляду та алергологічного дообстеження. У 9 (5,6 %) хворих, яким на етапі первинної медичної допомоги було встановлено імовірний діагноз алергічної БА поєднаної з ПЕ, діагноз ПЕ не був підтверджений. Тяжкість назальних симптомів у обстежених хворих з АР за шкалою TNSS на момент огляду оториноларинголога склала $(3,98 \pm 0,42)$ балів, а при загостренні АР – $(6,37 \pm 0,58)$ балів ($p < 0,05$), очних симптомів за шкалою TOSS на момент огляду оториноларинголога – $(1,37 \pm 0,29)$ балів, а при загостренні – $(3,13 \pm 0,42)$ балів ($p < 0,05$), що відповідало середній тяжкості захворювання. Серед ускладнень АР і ПЕ, спостерігалися хронічний евстахіїт та хронічний гнійний гаймороектоїд. Викривлення носової перегородки діагностовано у 23 $(41,8 \pm 6,7)$ % хворих з АР, що додатково сприяло погіршенню аеродинамічних властивостей верхніх дихальних шляхів.

Висновок. Дообстеження лікарем-оториноларингологом на етапі спеціалізованої медичної допомоги хворих з фенотипом алергічної БА підвищує точність діагностики БА з АР – на 8,8 %, БА з ПЕ – на 5,6 % у порівнянні з виявленням даної патології на етапі первинної медичної допомоги.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ АЛЕЛІВ І ГЕНОТИПІВ ГЕНА ЛЕПТИНУ (Arg223Gln) ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ

Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – провести порівняльний аналіз частоти виявлення алелів і генотипів поліморфного локусу Arg223Gln гена лептину у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння залежно від індексу маси тіла.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати 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. Усім пацієнтам проводилось дослідження поліморфного локусу Arg223Gln гена лептину методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ), визначався індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле.

Результати. Носіями алеля А були 32 хворих на ІХС й ожиріння I ст., що дорівнювало 40 %, алеля G – 48 пацієнтів (60 %). Генотипи A/A, G/A і G/G мали 18 (22,5 %), 30 (37,5 %) і 32 (40 %) хворих на ІХС й ожиріння I ст., відповідно. У групі хворих з ожирінням II ст. мав місце наступний розподіл частоти алелів і генотипів поліморфізму гена лептину (Arg223Gln): носіями алеля А були 23 особи, що склало 32,39 %, алеля G – 48 пацієнтів (67,61 %); генотипи A/A, G/A і G/G мали 13 (18,31 %), 24 (33,80 %) і 34 (47,89 %) осіб, відповідно. У групі хворих із поєднаним перебігом ІХС й ожиріння III ст. носіями алеля А були 16 пацієнтів (22,54 %), алеля G – 55 осіб (77,46 %); генотипів A/A, G/A і G/G – 8 (11,28 %), 25 (35,2 %) і 38 (53,52 %), відповідно. Носіями алеля G були на 17,46 % і 9,85 % більше хворих на ІХС й ожиріння III ст. у порівнянні з пацієнтами I і 2 груп, тоді як алель А, навпаки, зустрічався частіше в осіб з ожирінням I і II ст. Генотип G/G вірогідно частіше зустрічався у хворих на ІХС й ожиріння III ст. на 13,52 % і 5,63 %, а генотип A/A – рідше на 11,22 % і 7,03 %, ніж у хворих з ожирінням I і II ст., відповідно.

Висновки. Таким чином, серед хворих на ІХС й ожиріння частіше зустрічаються алель G і G/G генотип поліморфізму гена лептину (Arg223Gln), причому частота їх виявлення збільшується відповідно зростанню ІМТ.

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЛЕПТИНУ (Arg223Gln) У НАРОСТАННІ ТЯЖКОСТІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ

Кадикова О. І., Кравчун П. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – оцінити роль поліморфізму гена лептину (Arg223Gln) у наростанні тяжкості хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння.

Матеріали та методи. Згідно меті обстежено 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 Arg223Gln гена лептину проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ).

Результати. У хворих на ІХС й ожиріння з I функціональним класом (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН) розподіл алелів і генотипів поліморфізму гена лептину (Arg223Gln) відбувався наступним чином: алель А мали 17 пацієнтів, що відповідало 34 %, алель G – 33 особи (66 %), генотипи G/A, A/A і G/G – 21 (42 %), 8 (16 %) і 21 (42 %), відповідно. II ФК ХСН характеризувався носійством А алеля в 45 хворих, що дорівнювало 38,14 %, алеля G в 73 пацієнтів (61,86 %), генотипів G/A, A/A і G/G у 48 (40,68 %), 20 (16,95 %) і 50 (42,37 %), відповідно. Носіями алеля А у хворих з III-IV ФК ХСН були 19 осіб (35,19 %), алеля G – 35 (64,81 %), генотипів G/A, A/A і G/G – 22 (40,74 %), 8 (14,81 %) і 24 (44,45 %), відповідно. Порівняння частоти виявлення алелів і генотипів гена лептину (Arg223Gln) залежно від ФК ХСН у хворих на ІХС й ожиріння не довело наявності вірогідних відмінностей між підгрупами.

Висновки. Отже, отримані дані засвідчують, що наростання тяжкості ХСН у хворих на ІХС й ожиріння не залежить від поліморфізму гена лептину (Arg223Gln) і не пов'язано з жодним з алелів і генотипів.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ НЕЙРОТРОПНОСТІ ВІРУСУ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ

Казмірчук В. В., Міщенко В. А., Торяник І. І., Мацак Д. Ю.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ»,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

Збудник простого герпесу (HSV), внаслідок високої нейротропності, здатний викликати пошкодження центральної нервової системи. Найбільш розповсюдженою формою герпетичної інфекції центральної нервової системи вважається герпетичний енцефаліт. Герпетичний, або, як його часто називають некротичний енцефаліт, перестав бути рідкісним захворюваннями. Отримані за 20 –річний період дані свідчать про значне поширення (у 8 разів) числа діагностованих випадків гострих герпетичних енцефалітів, що, очевидно, пов'язане не тільки з покращенням діагностики але і зростанням захворюваності. Важливу, а радше найголовнішу роль у його етіопатогенезі відіграє порушення функції та структурних елементів гематоенцефалічного бар'єру. Гострий енцефаліт, обумовлений HSV, тяжке інфекційне захворювання, яке перебігає з загальномоозковими та локальними симптомами і характеризується при відсутності специфічного лікування дуже високою летальністю – до 80%. HSV викликає пошкодження нейронів з наступним утворенням великих ділянок локальних некрозів кори головного мозку. Найбільш притаманним для герпетичного енцефаліту є пошкодження лімбічних структур, які зосереджені в медіобазальних відділах лобних та скроньових частин мозку. Така локалізація пошкоджень при герпетичному енцефаліті визначає поліморфізм вісцero-вегетативних, рухових та емоційно-афективних розладів. Надзвичайно швидкий розпад нервової тканини під впливом HSV призводить до катастрофічного розвитку внутрішньочерепної гіпертензії, порушення мозкового кровообігу та ліквородинаміки. Внаслідок цього прогресує набряк головного мозку з подальшою дислокацією його стовбура та розвитком симптомів защемлення. Дебют герпетичного енцефаліту гострий, з підвищення температури тіла до 40-41°C по типу постійної або переміжної гарячки. Вже в перші часи хвороби спостерігається сильний головний біль, блювота, не пов'язана з вживанням їжі. Специфічним для герпетичного енцефаліту є поліморфний епілептичний синдром, наслідок пошкодження скроньових та лобних відділів мозку. Іноді у хворих спостерігаються міоритмії, які практично не припиняються на тлі медикаментозної терапії. Герпетичний енцефаліт також може починатися з психомоторних нападків та вегетативних порушень. При герпетичному енцефаліті завжди спостерігається локальна неврологічна симптоматика у вигляді геміпарезів, тетрапарезів, пошкодження бульбарних нервів. Частим ускладненням герпетичного енцефаліту стає розвиток центрального вклинення, клінічним проявом якого є розвиток енцефально-мезенцефальних, розумових розладів.

ВИВЧЕННЯ ІНФОРМАТИВНОСТІ ВІДКРИТОЇ БІОПСІЇ ЛЕГЕНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ТОРАКОТОМІЇ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ

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

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології
імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, відділення торакальної
хірургії і інвазивних методів діагностики*

Мета: вивчити інформативність, специфічність і точність використання відкритої біопсії легеневої тканини (ВБЛ) при синдромі легеневої дисемінації (СЛД).

Матеріали і методи. За період з 2013 по 2017 рр. в нашому інституті ВБЛ при СЛД була виконана у 9 хворих. Серед них частіше за все зустрічався саркоїдоз легень – 4 ($44,1 \pm 16,6$) % випадки. Туберкульоз легень було виявлено в одного пацієнта ($11,1 \pm 10,5$) %, онкологічне ураження легень – у 2 ($22,2 \pm 13,9$) % пацієнтів, СЛД, при якому на основі комплексного обстеження був встановлений заключний клінічний діагноз інтерстиційного або гранулематозного ураження легень (за виключенням туберкульозу), в тому числі пневмоніти при системній патології, було виявлено у 2 ($22,2 \pm 13,9$) % пацієнтів. Серед хворих незначно переважали жінки 5 ($55,6 \pm 16,6$) %. Найбільше хворих з СЛД, яким була виконана ВБЛ, були людьми середньої вікової категорії від 31 до 50 років – 7 ($77,8 \pm 13,9$) % пацієнтів.

Результати та обговорення. Скарги були повністю відсутні у третини (3 ($33,3 \pm 15,7$) %) всіх пацієнтів з СЛД, а найбільше скарг було у пацієнта з онкологічним ураженням легеневої тканини, якого турбували біль в грудях, схуднення, кашіль та задишка. Інформативність (чутливість), специфічність та точність ВБЛ при встановленні етіології СЛД склала 100,0 % за всіма трьома критеріями при застосуванні гістологічного дослідження. При застосуванні ВБЛ відмічено однаковий рівень інтраопераційних і післяопераційних ускладнень (по 1 випадку, тобто по ($11,1 \pm 10,5$) %). Середній показник тривалості післяопераційного лікування хворих склав ($18,6 \pm 5,9$) днів, що перевищує такі показники у пацієнтів, яким були застосовані інші способи забору біоптатів легень. Відмічається тенденція до зменшення кількості ВБЛ в останні роки, що може пояснюватись вдосконаленням техніки менш інвазивних методів отримання біопсійного матеріалу, таких як відеоторакоскопічних та відеоасистованих біопсій легень.

Висновки. Проведення ВБЛ дало змогу забезпечити 100,0 % верифікацію діагнозу при СЛД за всіма критеріями, проте цей метод є травматичним, потребує довшого періоду реабілітації і має бути застосованим в останню чергу при обстеженні пацієнта.

Роботу виконано за кошти державного бюджету.

**ПЕРВИННИЙ ТА ВТОРИННИЙ БІЛІАРНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ
У ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В
Калініченко С. В., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мірошніченко М. С.,
Скляр А. І., Мелентьєва Х. В., Попова Л. О.**

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

Первинний біліарний цироз (ПБЦ) являє собою аутоімунне захворювання, що останнім часом з утрудненнями розпізнається клініцистами та потребує ретельного скрупульозного підходу з огляду на сучасні пріоритети диференційної діагностики. Відкриття та розпізнання нових типів гепатитів (ні А, ні В, Д, Е, F та інші), що мають стертий перебіг та характеризуються надто схожою у нозологічній антології симптоматикою, синдромологією, поставило перед патоморфологічною галуззю конкретні діагностичні завдання, розв'язання яких пов'язане із комплексним аналізом етіопатогенезу та клініки цих тяжких інфекцій. За даними зарубіжних фахівців, на ПБЦ, головним чином, страждають жінки віком від 32 до 45 років з ситуативним резус –конфліктом у попередньому анамнестичному періоді постнатального онтогенезу. Клінічний дебют захворювання характеризується появою іноді нестерпного шкірного свербіння, що помилково розглядають як прояви нервової сверблячки, алергічних реакцій, контагіозних шкірних хвороб (навіть, на кшталт, контагіозного мушля (молюска), корости). Згодом до згаданої симптоматики приєднуються гепато-, гепатоспленомегалія, ксантоми. Біохімічні параметри сироватки крові вказують на значне зростання рівня лужної фосфатази, холестерину, глобулінів. За деякий час у організмі хворих з'являються антимітохондріальні антитіла. Мікроскопічно на гістологічних препаратах печінки чітко диференційовані ознаки деструкції жовчних протоків, особливо у зоні триад, що супроводжується із виразною мононуклеарною реакцією та запальними процесами. Інколи запальні реакції носять гранулематозний характер. Поява жовтяниці за умов ПБЦ класично відноситься до пізніх проявів зазначеної нозології і є діагностичним критерієм печінкової недостатності. Розвиток вторинного міліарного цирозу (ВБЦ) пов'язаний із пролонгованою деструкцією позапечінкових жовчних протоків, що морфологічно проявляється появою чисельних коричневато-зелених мас жовчі та утворенням «жовчних тромбів». Останнє супроводжують проліферація жовчних протоків та виразний фіброз. Диференційним маркером, яким ВБЦ безпелеяційно вирізняється від неонатального гепатиту (НГ), є характерні для НГ багатоядерні клітини, що нечасто зустрічаються за умов ВБЦ. Важливість вивчення структурно-функціональних доміант ПБЦ та ВБЦ полягають, насамперед, у визначенні перспектив застосування хірургічної тактики з унеможливленням розвитку тотальної обструкції протоків з висхідним холангітом та обтяженим повторним біліарним цирозом.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И КОМОРБИДНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**
**Камышникова Л. А., Главнова Е. С., Молчанова Е. Г.,
Проскурнин М. А.**

Медицинский институт НИУ «БелГУ», Россия

Важную проблему в практике врача представляет собой хронический гастрит (ХГ), язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), у пациентов с коморбидными заболеваниями.

Цель исследования: изучить частоту обращаемости по поводу обострений ХГ, ЯБЖ, ЯБДПК среди различных возрастных групп в зависимости от пола, выявляемости *Helicobacter pylori*, наличия сопутствующей патологии, находящихся на амбулаторном лечении.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 1699 историй болезней пациентов в возрасте от 18 до 74 лет, проходивших амбулаторное лечение в поликлинике г. Белгорода по поводу ХГ, ЯБ.

Результаты и обсуждение. При исследовании, пациенты с ХГ встречались достоверно чаще – 1494 (87,9%) человека, с ЯБ 205 (12,1%) человек. Число женщин, имеющих ХГ практически вдвое больше 957 (64,1%), чем мужчин 537 (35,9%). С 50 лет число обращаемости больных с ХГ, как у мужчин, так и у женщин увеличивается (46,7%), что свидетельствует о росте заболеваемости с возрастом. Количество мужчин, страдающих ЯБ, составляет 130 (63,4%) человек, женщин 75 (36,6 %) человек. ЯБ встречается чаще у мужчин молодого возраста, после 40 лет гендерные различия стираются. Среди обследуемых пациентов, было выявлено, что у 25 (12,1%) человек, ЯБ была диагностирована впервые: 16 (12,3%) мужчин и 9 (12%) женщин. По поводу обострения язвенной болезни, в течение года 4 (1,9%) человека находились на стационарном лечении, 3 из них не соблюдали рекомендаций по лечению и приписанной диеты, что говорит о низкой склонности к соблюдению рекомендаций. Только 197 (11%) пациентам с заболеваниями ЖКТ было проведена диагностика на выявление *H. pylori*. Среди них у 129 (65,5%) больных были выявлены положительные результаты инвазии. В среднем количество сопутствующей патологии у больных составило от 3 до 6 заболеваний. При выявлении сопутствующей патологии, самая высокая частота встречаемости пришлось на артериальную гипертензию (АГ) 30,9%, ишемическую болезнь сердца (ИБС) 20,4% пациентов и дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭП) у 15,1% пациентов.

Заключение. Выявлено, что пациенты с ХГ встречались достоверно чаще. Выявлено, что у одного и того же пациента встречаются несколько нозологических форм, а именно: АГ, ИБС, ДЭП. Установлено, что диагностика *H. pylori*-ассоциированных болезней у большого количества исследуемых больных не была проведена, следствием этого можно считать возможность выбора ошибочной тактики лечения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ К СОБЛЮДЕНИЮ ДИЕТЫ

Камышникова Л. А., Фетисова В. И., Ильченко А. С.

Медицинский институт НИУ «БелГУ», Российская Федерация

Доказано, что одним из звеньев патогенеза метаболического синдрома (МС) является формирование инсулинрезистентности вследствие накопления висцеральной жировой ткани, поэтому особое место в комплексном лечении больных должны занимать мероприятия, направленные на уменьшение массы абдоминально-висцерального жира. Кроме того, улучшаются показатели липидного и углеводного обмена, снижается артериальное давление. Следовательно, неотъемлемой частью профилактики и лечения МС является коррекция питания и соблюдение диеты.

Цель исследования: изучить роль здорового питания в комплексном лечении МС, степень приверженности к соблюдению диеты у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: проведено анкетирование 100 пациентов с диагнозом МС, находившихся на амбулаторном приеме у врачей терапевтов г. Белгорода. В исследование участвовали 68 женщин (68%) и 32 мужчины (32%). Средний возраст обследуемых составил: $65,66 \pm 6,89$. В ходе исследования была разработана анкета для пациентов с МС, включающая 20 вопросов, отражающих характеристику питания.

Результаты и обсуждения. В нашем исследовании среди 100 респондентов 81 человек (81%) ответили, что не соблюдают диету. В структуре рациона питания отмечается высокая доля общих жиров – 40,9% суточной калорийности. На этом фоне наблюдается пониженное потребление углеводов – 43%. По данным разных исследований, у пациентов с метаболическим синдромом на долю жиров должно приходиться не более 30% суточного рациона, тяжелоусваиваемых углеводов – 50-55%. У пациентов не соблюдающих диету, средняя суточная калорийность составила 2200 ± 100 ккал/сут среди мужчин и 1700 ± 100 ккал/сут среди женщин. Несбалансированность рациона питания лиц с метаболическим синдромом позволяет прогнозировать негативные тенденции развития метаболических нарушений в данной категории населения. Коррекция питания позволит снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений при МС, сохранить здоровье и долголетие. При опросе наши респонденты ответили, что после установления диагноза МС и начала лечения, они снизили массу тела на 6,8%, что является недостаточным, поскольку в ряде исследований доказано, что улучшение чувствительности к инсулину наступает при снижении массы тела на 10-15% от исходной. Таким образом, выявлено слабое уменьшение массы тела, не достаточная приверженность пациентов с МС к соблюдению диеты по калоражу, структуре рациона питания.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЮ НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ ТИПУ С У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Капустник В. А., Архипкіна О. Л.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Хворі на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) мають високий кардіоваскулярний ризик. Це обумовлено розвитком дисфункції ендотелію, яку пов'язують з хронічним персистуючим запаленням, притаманним ХОЗЛ. Відомо, що натрійуретичний пептид типу С продукується переважно ендотеліоцитами та володіє різноманітними вазоактивними властивостями, що віддзеркалює функціональну активність ендотелію.

Мета: визначити рівні С-натрійуретичного пептиду та інтерлейкінів 10 та 18 у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи: було обстежено 114 хворих на ХОЗЛ, серед яких 39 хворих відповідали критеріями групи А та 75 – групи В. Контрольна група складалася з 23 умовно здорових осіб. Усім обстеженим проводили визначення імуноферментним методом сироваткового рівня NT-proCNP за допомогою набору реактивів фірми «Biomedica» та інтерлейкінів 10 і 18 - «Bender MedSystem GmbH».

Результати: визначення вазоактивного пептиду NT-proCNP виявило його зниження у хворих на ХОЗЛ порівняно зі здоровими особами ($4,27 \pm 0,3$ пмоль/л проти $6,23 \pm 0,2$ пмоль/л, $p > 0,05$). Найбільші зміни констатовані у хворих групи В ($3,74 \pm 0,5$ пмоль/л), що було статистично нижчим ніж у хворих групи А ($4,8 \pm 0,2$ пмоль/л, $p > 0,05$). В той же час ми спостерігали дисбаланс у продукції цитокінів. Так, сироватковий рівень запального медіатору IL-18 перевищував нормальні значення у декілька разів у всіх хворих на ХОЗЛ. IL-18 у групі А був достовірно вищий за контрольну групу ($314 \pm 27,94$ пг/мл проти $144,47 \pm 19,08$ пг/мл, $p < 0,05$), а найвищий – у хворих групи В ($497 \pm 18,7$ пг/мл, $p < 0,05$). В той же час у обстежених хворих було зафіксовано зменшення рівню протизапального цитокіну. У хворих на ХОЗЛ групи А IL-10 склав $23,15 \pm 3,18$ пг/ 10^6 , що було нижчим ніж у групі контролю – $36,46 \pm 2,28$ пг/ 10^6 , $p < 0,05$. Максимальне зниження вмісту IL-10 спостерігалось у хворих групи В – $19,54 \pm 2,67$ пг/ 10^6 . Крім того було встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем NT-proCNP та цитокіном з запальними властивостями IL-18 у всіх хворих на ХОЗЛ ($r = 0,39$; $p < 0,6$).

Висновок: у хворих на ХОЗЛ встановлено пошкодження ендотелію зі зниженням продукції С-натрійуретичного пептиду, що пов'язано з перерозподілом цитокінів у бік запального патерну.

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ТА УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.

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

ГУ – незалежний предиктор розвитку артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), серцево-судинної та загальної смертності.

Мета – оцінити характер та частоту ураження серцево-судинної системи (АГ, типи ремоделювання лівого шлуночка, систолічна функція серця, ІХС (клінічні форми, порушення серцевого ритму) у хворих з ГУ залежно від величини добової ниркової екскреції сечової кислоти (СК).

Матеріали і методи. Обстежено 85 хворих з ГУ. Залежно від величини добової ниркової екскреції СК хворі розподілені на 2 групи, співставні за віком, статтю. І гр. – 43 хв. з нормальною екскрецією СК ($2981,16 \pm 556,22$ мкмоль/л), II гр. – 42 хв. зі зниженою екскрецією СК ($1381,27 \pm 380,5$ мкмоль/л). Обстеження клінічне, інструментальне, лабораторне. Статистична обробка – параметричний критерій Стьюдента, кореляційний аналіз (критерій Спірмана), різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати. У II гр. (гіпоекскретори) частота АГ була достовірно більшою (на 18%, $p < 0,01$), ніж в I гр. Рівень АГ в обох групах був співставним, але у 85% хворих II гр. систоло-діастолічна АГ, у 42% хворих I гр. ізольована систолічна АГ. Третій ступінь АГ був у 14 (33%) у хворих II гр., в I групі – у 5 (12%) хворих ($p < 0,01$). ГЛШ діагностували при значенні ІММЛШ > 95 г/м² у жінок та > 110 г/м² у чоловіків. У хворих II гр. ІММЛШ – $173,2 \pm 25,2$ г/м² та превалювала концентрична ГЛШ (100%), у хворих I гр. ІММЛШ – $168,6 \pm 28,2$ г/м² (концентрична ГЛШ була у 85% хв., у 10% хв. – ексцентрична ГЛШ, у 5% – концентричне ремоделювання лівого шлуночка). Отримані результати свідчать про найбільш несприятливі зміни лівого шлуночка у хворих II гр. За даними літератури, прогноз при АГ визначається не тільки наявністю гіпертрофії, а й типом ремоделювання ЛШ. Так, концентрична ГЛШ найбільш несприятлива з погляду розвитку кардіо-васкулярних подій: частіше може бути інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу. Виявлений позитивний кореляційний зв'язок між товщиною міжшлуночкової перегородки, товщиною задньої стінки лівого шлуночка та рівнем систолічного артеріального тиску ($r = 0,42$, $p < 0,05$). Частота ІХС у хворих II гр. – 33% (14 хв. – стенокардія напруження ФК, 3 хв. – інфаркт міокарду, 7 хв. – постійна форма фібриляції передсердь). В I гр. хворих, відповідно, 21% ($p < 0,05$) (9 хв. – стенокардія напруження ФК, інфаркту міокарду не було, 3 хв. – постійна форма фібриляції передсердь).

Висновки. ГУ призводить до розвитку уражень серцево-судинної системи, характер та частота яких більше виражена у хворих зі зниженим рівнем ниркової екскреції СК, що необхідно враховувати в процесі лікування.

УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ГІПЕРУРИКЕМІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ВЕЛИЧИНИ ЕКСКРЕЦІЇ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ

Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.

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

Загальноприйнятим є виділення трьох форм гіперурикемії (ГУ): метаболічної, ниркової та змішаної. Нормальні показники добової уратурії 1,8-3,6 ммоль (300-600 мг сечової кислоти); при метаболічному типі (гіперпродуценти) добова уратурія перевищує 3,6 ммоль (600-800 мг сечової кислоти), при нирковому типі (гіпоекскретори) менш ніж 1,8 ммоль (300 мг сечової кислоти). Близько 70% сечової кислоти виводиться з організму нирками, решта - через шлунково-кишковий тракт. Функціонує складна система ниркової екскреції уратів, яка включає послідовні етапи фільтрації (100% вмісту уратів в крові), реабсорбції (98-100% від профільтрованих уратів), секреції (близько 50% від реабсорбованих), повторної реабсорбції (близько 40% від секретованих). В патогенезі ураження нирок у хворих з гіперурикемією можна виділити кристал-індуковані механізми та не індуковані утворенням кристалів механізми (судинні, тубулярні, інтерстиціальні ураження).

Мета – оцінити ураження нирок у хворих з ГУ залежно від величини ниркової екскреції сечової кислоти.

Матеріали і методи. Обстежено 85 хворих з ГУ (середній вік $54 \pm 7,7$ років, чоловіків – 74%, жінок 26%). Залежно від величини добової ниркової екскреції сечової кислоти хворі були розподілені на 2 групи. I гр. – 43 хв. з нормальною добовою екскрецією сечової кислоти ($2981,16 \pm 556,22$ мкмоль), II гр. – 42 хв. зі зниженою екскрецією сечової кислоти ($1381,27 \pm 380,5$ мкмоль).

Результати. При оцінці швидкості клубочкової фільтрації (за формулою Кокрофта-Голта) виявлено, що у хворих I групи вона дорівнювала $135,72 \pm 31,45$ мл/хв, у хворих II групи – $87,69 \pm 30,51$ мл/хв, що було на 35 % менше в порівнянні з I групою ($p > 0,1$), гіперфільтрація (ШКФ $168 \pm 7,9$ мл/хв) спостерігалась у 8 (19%) хворих I групи. Мікроальбумінурія визначалась у 28 (65%) хворих II групи та у 16 (38%) хворих I групи. Добова протеїнурія в межах незначної (0,4-0,6 г) також частіше спостерігалась в хворих II групи ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про тубулоінтерстиційні ураження нирок, частота яких в II групі була достовірно більшою ($p < 0,05$). У хворих I групи частіше на 6% ($p > 0,05$) була виявлена сечокам'яна, що пов'язано з вищою вірогідністю кристалізації уратів у більш концентрованому розчині (сеча з високим рівнем сечової кислоти).

Висновки. Тубулоінтерстиційні ураження з більш вираженими порушеннями парціальних функцій нирок частіше зустрічались у хворих зі зниженим рівнем ниркової екскреції сечової кислоти.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОДАГРЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каюмов У. К., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Зиямухамедова М. М.,
Хасанова Х. Д.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Узбекистан

Цель работы: изучить частоту пораженных суставов у больных подагрой в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две выборки:
1. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 40 до 69 лет в количестве 1335 человек.

2. Выборка больных подагрой, проходивших лечение в отделении Республиканского ревматологического центра ТМА в количестве 120 человек в возрасте 40 - 69 лет.

Результаты. Установлено, что у 70,59% больных подагрой с поражением пястно-фаланговых суставов имеет место метаболический синдром (различия статистически значимы.) Такие же выраженные и достоверные различия выявлены в группах больных с поражениями проксимальных межфаланговых, запястных, локтевых и плечевых суставов. В среднем, частота случаев сочетанного течения метаболического синдрома с поражением суставов оказалась в 4 раза выше, чем частота случаев поражения суставов без метаболического синдрома. При анализе по сочетанию метаболического синдрома с поражением суставов нижнего пояса, оказалось, что они также достоверно чаще сочетаются с метаболическим синдромом. Поражение тазобедренных суставов и костей таза в 100% случаев сочетается с метаболическим синдромом. Так количество поражённых суставов верхнего пояса в абсолютных цифрах составило 139 случаев, а поражение суставов нижнего пояса – 300 случаев. То есть частота поражения суставов верхнего была более чем в 2 раза меньше, чем частота поражения суставов нижнего пояса. Однако, процентные различия, указывающие на частоту встречаемости метаболического синдрома, составили в этих группа соответственно 82% и 82,33%. Эти результаты позволяют считать, что у больных подагрой между поражениями суставов и метаболическим синдромом имеет место прямая связь.

Выводы. Таким образом, между локализацией и количеством поражения суставов и метаболическим синдромом имеет место тесная связь. При метаболическом синдроме у больных подагрой поражение суставов нижнего пояса встречаются в 2 раза чаще, чем поражения суставов верхнего пояса.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ И ЕЁ ТЯЖЕСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Каюмов У. К., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Хасанова Х. Д.,
Зиямухамедова М. М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы. Изучить особенности тяжести течения подагры при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось две выборки:

1. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 40 до 69 лет в количестве 1335 человек.
2. Выборка больных подагрой, проходивших лечение в отделении Республиканского ревматологического центра Ташкентской медицинской академии в количестве 120 человек в возрасте 40 - 69 лет.

Сформирована 10% репрезентативная выборка мужчин в количестве 2300 человек.

Результаты. Изучение корреляционных связей коэффициентов гликемии с уровнем мочевой кислоты и индексом тяжести подагры (ИТП) показало, что между ними имеют место неоднозначные связи.

Наиболее чётко прослеживается связь между гликемическим коэффициентом и уровнями мочевой кислоты и ИТП. Недостаточное снижение уровня глюкозы через 2 часа после нагрузки глюкозой является фактором риска увеличения уровня мочевой кислоты и ИТП. Вместе с тем, обратная корреляционная связь между постгликемическим коэффициентом и уровнями мочевой кислоты и ИТП указывает на то, что излишне быстрое падение уровня гликемии после нагрузки, т.е. повышенная активность вагоинсулярной фазы гликемической кривой может также свидетельствовать о неблагоприятном для подагры углеводном обмене. С другой стороны – излишне быстрое увеличение уровня гликемии после нагрузки глюкозой, на что указывает гипергликемический коэффициент – оказывает негативное влияние на содержание мочевой кислоты и ИТП.

Выводы. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о наличии связи между метаболическим синдромом в целом, а также его компонентами и, в первую очередь – НТГ, с клиническим течением подагры и степенью его тяжести.

Показано, что МС является важным фактором риска подагры. При этом на тяжесть клинического течения большое влияние оказывает НТГ. Ухудшение клинического течения подагры имеет место как при тощачковой так и при постнагрузочной гипергликемии.

При оценке риска и тяжести течения подагры наряду с наличием НТГ целесообразно учитывать также и уровни коэффициентов гликемии.

Гипергликемия в большей степени усугубляет течение подагры среди пациентов в возрасте до 50 лет.

СУЧАСНА ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кіресь І. В., Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Фібриляції передсердь (ФП) – є найпоширенішим порушенням серцевого ритму, частота якого становить 1-2% від загального числа аритмій. Основні причини госпіталізацій при ФП – це тромбоемболічні ускладнення (гострий коронарний синдром, ішемічний інсульт). ФП збільшує ризик інсульту в 5 разів, а кожен п'ятий інсульт розвивається на тлі цієї аритмії і часто закінчується смертю. Однією з 5 основних цілей довготривалої фармакотерапії хворих з ФП є профілактика тромбоемболій.

Мета: виявити найбільш безпечні (з точки зору ризику розвитку кровотеч) препарати згідно рекомендацій, заснованих на доказах, щодо профілактики тромбоемболічних ускладнень при ФП.

Матеріали і методи: проведення аналізу рекомендацій, наведених в уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної та третинної медичної допомоги при ФП, затвердженого МОЗ України в 2016 році.

Результати: Для профілактики тромбоемболій рекомендовано застосовувати наступні групи препаратів: антагоністи вітаміну К (АВК) (варфарин 10 мг/добу; аценокумарол 1-й день – 8-12 мг/добу 1 раз; 2-й день – 4-8 мг/добу, підтримуюча доза 1-8 мг/добу); антиагреганти (ацетилсаліцилова кислота 75-100 мг/добу); прямі інгібітори тромбіну (дабігатрану етексилат 150 мг/добу) та інгібітори фактору Ха (ривароксабан по 20 мг 1 раз/добу під час прийому їжі). Для оцінки стану системи згортання крові під час застосування АВК визначення показника міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) є надійнішим, ніж протромбінового індексу (ПТИ), тому що не залежить від якості реагенту. Для профілактики тромбоемболічних ускладнень оптимальний ПТИ складає 50-60%, що приблизно відповідає МНВ 2,0-3,0. Згідно рекомендацій контроль МНВ при застосування АВК необхідно проводити кожні 4 тижні, а за необхідності частіше. Прийом дабігатрану етексилату або ривароксабану не потребує такого ретельного контролю згортаючої системи крові. Визначення показників коагулограми може бути корисним лише у хворих з наявністю додаткових факторів ризику розвитку кровотеч. При цьому показник МНВ є недостовірним, більш рекомендована оцінка розведеного тромбінового часу, часу згортання крові та активованого часткового тромбoplastинового часу. У пацієнтів з захворюваннями ШКТ (гастрит, виразкова хвороба) бажаним є застосування саме прямих інгібіторів тромбіну або інгібіторів фактору Ха.

Висновок: згідно рекомендацій уніфікованого клінічного протоколу, щодо профілактики тромбоемболічних ускладнень при ФП, визначено більш безпечний профіль застосування прямих інгібіторів тромбіну або інгібіторів фактору Ха в порівнянні з АВК та антиагрегантами.

ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ПУРІНОВОГО ОБМІНУ ГІПЕРУРИКЕМІЇ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ І ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

Клименко М. І., Зайченко О. Є., Панченко Г. Ю.

ХНМУ, кафедра внутрішньої медицини №1

Мета: оцінити взаємозв'язок порушень ліпідного обміну та гіперурикемії (ГУ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з ожирінням і порушенням вуглеводного обміну.

Матеріали і методи. У дослідження були включені 48 хворих (22 жінки і 26 чоловіків) на ГЧ та ожиріння з високим кардіоваскулярним ризиком (середній вік – $49,8 \pm 1,4$ року). Для верифікації діагнозу використовували критерії Міжнародної діабетичної асоціації (2005 р.). Індекс маси тіла (ІМТ) складав від 26 до 41 (середнє значення $39,8 \pm 3,5$ кг/м²), у 12 пацієнтів була діагностовано ГХ I ст., у 36 – II ст., окрім цього у 32 пацієнтів була діагностована ГУ понад 440 ммоль/л. Контрольну групу склали 20 практично здорових добровольців. Усім пацієнтам визначали окружність талії (ОТ) та стегон, індекс відношення талії до стегон, було проведено добове моніторування артеріального тиску (АТ), визначення ліпідного спектру крові, вміст глюкози натщесерце, рівень сечової кислоти в сироватці крові.

Результати. Аналізуючи чинники ризику розвитку ГХ та дисліпідемії у хворих, звертало увагу, великий відсоток хворих на ожиріння (ожиріння було у 48 хворих (100%), з них I ст. – у 12 пацієнтів (25%), II ст. – у 32 осіб (68,1%), III ст. – у 4 хворих (6,9%); спадковість відносно серцево-судинних захворювань (наявність ГХ у одного або обох батьків) зареєстрована у 40 хворих (90,9%). Статистично значимий взаємозв'язок був визначений між тривалістю ГХ, ІМТ, ОТ, віком, змістом глюкози натщесерце і рівнем сечової кислоти. Знайдена закономірність між ГУ, ІМТ та ОТ підвищенням середньодобових значень АТ (СДАТ) систолічного та пульсового АТ (ПАТ). У результаті проведеного статистичного аналізу, виявлений зв'язок між концентрацією сечової кислоти і абдомінальним ожирінням у хворих на ГХ, що підтверджується статистично значущими позитивними кореляційними залежностями з ОТ, ІТС, ІМТ. При цьому у хворих з ГХ і ГУ було виявлено достовірне збільшення значень показників рівня загального холестерина, β -ліпопротеїдів і ХС ЛПНЩ, що супроводжувалися тенденцією до зниження вмісту ХС ЛПВЩ.

Висновки. Гіперурикемія у хворих на ГХ в поєднанні з надлишковою масою тіла і порушенням вуглеводного обміну асоціюється з більш високим рівнем АТ, а також з вираженими порушеннями ліпідного обміну. Це свідчить про високу значимість підвищення сечової кислоти при оцінці змін у даній категорії хворих.

ДИНАМІКА РІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГЛОБАЛЬНОЇ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ПІСЛЯ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Коваль О. А., *Хомич А. В., Романенко С. В., Каплан П. О.,
*Авакумова О. М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії» Дніпропетровської обласної ради*

Мета. Вивчення показників глобальної діастолічної функції міокарду лівого шлуночка (ЛШ) у хворих після стентування коронарних артерій (КА).

Матеріали і методи. 49 хворим, середній вік – 56,2±9,9 років, з клінічними ознаками ІХС проведена коронароангіографія (КАГ), стандартна ехокардіографія із визначенням максимальної швидкості потоку раннього наповнення ЛШ (Е), швидкості потоку, обумовленого систолою лівого передсердя (А), часу уповільнення швидкості раннього наповнення (DT), часу ізвольюмічного розслаблення ЛШ (IVRT). Оцінку проводили до стентування, через місяць та через рік після втручання. Серед групи переважали хворі з односудинним ураженням КА 24 (49%), двохсудинне мали 20 (40%), три та більше судин – 5 (11%). У 39 (79,5%) пацієнтів було виявлено ураження ПМШГ ЛКА, у 22 (44,8%) пацієнтів – ПКА, огинаючої гілки ЛКА-11 (22,4%), діагональної гілки ПМШГ ЛКА-6 (12,2%). Ступінь стенозу КА у всіх випадках склала 75-90%. Перенесений інфаркт міокарду без зубця Q був документований у 18,4% хворих. Цукровий діабет і важка серцева недостатність (NYHAIII-IV) у пацієнтів були відсутні.

Результати обстеження та їх обговорення. Так при повторному обстеженні, проведеному через 1 місяць після стентування КА у пацієнтів достовірних змін у глобальній діастолічній функції виявлено не було. Співвідношення Е/А до стентування КА було 0,8 ум. од., через місяць (p=0,9), та через рік 0,96 ум. од.(p<0,0005). Високодостовірні зміни через рік також спостерігалися для IVRT та DT(зафіксовано їх скорочення). Тривалість інтервалу DT становила 220 до стентування КА, та 198 через рік (p=0,00045), інтервалу IVRT – 108 ум. од. до втручання, та 98 ум. од. через рік відповідно. (p<0,005).

Висновки. Враховуючи отримані результати можна зробити висновок, що динаміка показників у хворих після стентування КА характеризувалась покращенням розслаблення ЛШ через рік після інтервенції та відповідно покращенням глобальної діастолічної функції ЛШ.

ОДИНИЧНИЙ НУКЛЕОТИДНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ Т344С ГЕНУ АЛЬДОСТЕРОН-СИНТАЗИ CYP11B2 У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ З НАЯВНІСТЮ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ З ОЖИРІННЯМ

Коваль С. М., Милославський Д. К., Снігурська І. О., Божко В. В.,
Щенявська О. М.

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

Мета: встановлення зв'язків між одиничним нуклеотидним поліморфізмом (ОНП) Т344С гену АС CYP11B2 та наявністю гіпертензивного серця (ГС) у хворих на ГХ і абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали і методи: обстежено 75 хворих на ГХ II ст., 2-3 ступеня з АО у віці 45-69 років. Хворі на ГХ з АО були поділені на осіб з наявністю ГС (45 пацієнтів) та з його відсутністю (30 пацієнтів). Контрольна група – 17 практично здорових осіб відповідного віку і статі без ознак ГХ та АО. Хворим проводили антропометричні вимірювання, визначали загальноклінічні показники гемодинаміки, рівні сечовини, креатинину, глюкози крові натще (ГЛН) і в умовах глюкозотолерантного тесту (ГТТ), параметри розгорнутого ліпідного спектра. Генотипування ОНП Т344С гену CYP11B2 (rs1799998) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі. Різниці між групами оцінювали за допомогою критеріїв Ст'юдента з поправкою Бонфероні (χ^2), показники відносного ризику (OR) розраховувались за J. M. Bland et al.

Результати: Частота генотипів ОНП Т344С гена CYP11B2 у здорових осіб та хворих становила для генотипу С/С 35,3% у контролі проти 33,4% у хворих на ГХ з АО ($\chi^2=8,017$; $p=0,897$; OR (95 % CI) =0,917 (0,32-2,91)), для генотипу Т/С 29,4% у контролі проти 46,6% у хворих на ГХ з АО ($\chi^2=1,050$; $p=0,305$; OR (95 % CI) =2, 10 (0,44-4,31)), для генотипу Т/Т 35,3% у контролі проти 33,4% у хворих на ГХ з АО ($\chi^2=1,074$; $p=0,300$; OR (95 % CI) =0,458 (0,23-2,24), відповідно ($p>0,05$). Зустрічальність алелі Т становила 0,500 у контролі, 0,433 у хворих на ГХ з АО, алелі С 0,500 у контролі, 0,567 у хворих на ГХ з АО відповідно ($p>0,05$). Генотип С/С зустрівся у 28,9% хворих на ГХ з АО при ГС+ проти 39,9 % у хворих при ГС-, для генотипу Т/С аналогічні цифри становили 53,3 % проти 36,7 % відповідно, для генотипу Т/Т- 17,8% при ГС+ проти 23,4 % у хворих на ГХ з АО, ГС- ($p>0,05$). Сумарна частка «гіпертензивних» ТТ і ТС генотипів становила (11/17=65%) у контролі та (37/45=82%) у хворих на ГХ з АО і ГС+ проти (13/30=43%) у хворих на ГХ з АО і ГС – $p>0,05$.

Висновки: в ході проведення дослідження встановлено взаємозв'язок між ОНП Т344С гену АС CYP11B2 і наявністю ГС, який характеризувався переважанням сумарної частки «гіпертензивних» ТТ і ТС генотипів гену АС CYP11B2 серед обстеженого контингенту хворих.

РІВНІ ЕКСПРЕСІЇ МІКРО-РНК 133а У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Коваль С. М., Снігурська І. О., Юшко К. О., Милославський Д. К.,
Божко В. В., Гальчінська В. Ю., Бондар Т. М., Щенявська О. М.
ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,
м. Харків

Мета. Вивчити рівні відносної нормалізованої експресії мікроРНК-133а в сироватці крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) в залежності від наявності гіпертензивного серця (ГС).

Матеріали і методи. Обстежено 77 хворих на ГХ 2-3 ступеня з АО віком від 37 до 69 років. У 45 хворих на ГХ діагностовано ГС. Для визначення морфо-функціональних параметрів серця хворим проводили ехокардіографічне дослідження. Проведення зворотної транскрипції для визначення експресії мікроРНК-133 з використанням набору реактивів «TaqMan[®]Mikro RNA Reverse Transcription Kit» (Applied Biosystems) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі у відповідності до інструкції виробника та RT-праймерів зі складу TaqMan MicroRNA Assays.

Контрольну групу склали 17 здорових осіб.

Результати. Встановлено вірогідно нижчі рівні експресії мікроРНК-133а у хворих на ГХ з АО (0,112 (0,052; 0,266) в.од.), в порівнянні з показниками групи контролю (0,367 (0,091; 0,441) в.од.), $p < 0,05$. У хворих на ГХ рівні експресії мікроРНК вірогідно не відрізнялися в залежності від статі, віку, ступеня артеріальної гіпертензії. При аналізі рівнів експресії вказаної мікроРНК у хворих на ГХ з АО, в залежності від наявності або відсутності ГС, нами було виявлені наступні закономірності: у хворих на ГХ з АО з ГС рівні експресії мікроРНК-133а були вірогідно нижчими (0,081 (0,046; 0,181) в. од.), ніж у групі контролю ($p < 0,01$), але вірогідно не відрізнялася від таких у хворих на ГХ без ГС (0,140 (0,063; 0,395) в. од.), ($p = 0,07$). В той же час рівні експресії мікроРНК у хворих на ГХ без ГС вірогідно не відрізнялись від таких у осіб контрольної групи ($p > 0,05$).

Висновок. Таким чином, виявлено вірогідне зниження рівнів експресії циркулюючої в сироватці крові мікроРНК-133а у хворих на ГХ з АО в порівнянні з практично здоровими особами. Найнижча експресія даної мікроРНК спостерігається у хворих на ГХ з АО зі сформованим ГС. Отримані дані можуть свідчити про патогенетичну роль зниження рівня експресії мікроРНК-133а в розвитку ГС.

КЛІНІЧНІ ЧИННИКИ ПОГІРШЕННЯ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Ковальова Ю. О., Шелест Б. О., Леонідова В. І., Шелест О. М.,
Кожин М. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: визначити клінічні чинники, які приводять до погіршення перебігу (ПП) артеріальної гіпертензії (АГ) поєднаної з цукровим діабетом 2 типу (ЦД) і ожирінням.

Матеріал і методи: був проведений ретроспективний аналіз значень клініко-параклінічних чинників в альтеративних групах: 1-а група (n=49), у якій через 6 місяців від початку обстеження встановлено ПП АГ; 2-а група (n=86), у якій не встановлено в зазначені терміни ПП АГ.

Результати: по більшості показників виявлені достовірні відмінності між групами. Так, вік хворих ≤ 60 років був характерним для хворих без ПП і в 2 рази частіше виявлявся серед них, чім в групі з ПП ($p \leq 0,01$). Інтервал показника 61-70 років виявився неспецифічним, так як визначався в рівній мірі в обох групах ($p \geq 0,05$), а значення віку ≥ 71 років було характерним для хворих з ПП, так як в 8 разів частіше ($p \leq 0,001$) виявлялось в цій групі, чім в групі порівняння. Стать хворих також надає суттєвий вплив на характер перебігу АГ. При цьому серед жінок частіше (в 1,3 рази, $p \leq 0,01$) встановлено ПП хвороби, а доля чоловіків без ПП в 2,8 рази ($p \leq 0,01$) перевищувала таку з ПП. Що стосується тривалості АГ, то її продовженість до 10-и років в 3 рази частіше ($p \leq 0,001$) виявлялась в групі без ПП, а тривалість ≥ 11 років – в 2 рази частіше ($p \leq 0,001$) в групі з ПП. Число гіпертонічних кризів протягом року не виявили взаємозв'язків ($p \geq 0,05$) з ПП хвороби. Що стосується артеріального тиску (АТ), то значення систолічного (САТ) ≤ 160 мм рт. ст. достовірно частіше ($p \leq 0,05$) виявлялось в групі без ПП, а ≥ 161 мм рт. ст. в групі з ПП ($p \leq 0,05$). Значення діастолічного (ДАТ) ≤ 95 мм рт. ст. було характерним для хворих без ПП ($p \leq 0,01$). Інтервал 96-105 мм рт. ст. виявився неспецифічним, так як в рівній ступені виявлявся в обох групах ($p \leq 0,05$), а значення показника ≥ 106 мм рт. ст. в 2,3 рази частіше ($p \leq 0,01$) виявлялося серед хворих з ПП.

Наявність ретинопатії являлось суттєвим фактором ризику ПП АГ, так як в 7,7 рази частіше ($p \leq 0,001$) діагностувалось серед хворих з ПП. Достовірний зв'язок з ПП АГ встановлено і в відношенні 6-ти хвилинової проби. При цьому низькі значення тесту (≤ 250 м) були характерні для хворих з ПП ($p \leq 0,001$). Діапазон показника 251-450 м виявився неспецифічним, так як встановлений в рівній долі хворих обох груп ($p \geq 0,05$), а значення тесту ≥ 451 м в 3 рази частіше ($p \leq 0,001$) виявлялись в групі без ПП АГ.

Висновок: при ПП АГ достовірний прямий зв'язок виявили вік хворих, жіноча стать, тривалість АГ, наявність ретинопатії, значення САТ і ДАТ і зворотний зв'язок виявили значення проби з 6-ти хвилиною ходьбою.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Колесникова Е. Н., Крахмалова Е. О.

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

Цель работы: изучить особенности показателей функции внешнего дыхания (ФВД) у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы : обследована основная группа больных ХОЗЛ и ИБС, которая включала 104 пациента мужского пола, средний возраст – 51 год. Группа сравнения представлена 24 пациентами мужского пола с диагнозом ХОЗЛ, средний возраст - 52,0 года. Больные обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, стажу курения, росту-весовым показателям ($p > 0,05$). Всем пациентам было проведено спирометрическое исследование, где были оценены скоростные и объемные показатели.

Результаты. В группе больных ХОЗЛ с ИБС медиана жизненной емкости легких (ЖЕЛ) составила 62,74% и была в 1,19 раза статистически значимо ниже, чем в группе больных с изолированным течением ХОЗЛ. Медиана форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) составила 63,47% от должного значения, что в 1,17 раза статистически значимо ниже, чем в группе больных с изолированным течением ХОЗЛ. Медиана объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) в группе больных ХОЗЛ и ИБС составила 62,7 %. от должного значения, что в 1,16 раза статистически значимо ниже, чем в группе больных с изолированным течением ХОЗЛ, что указывает на увеличение скорости прогрессирования ХОЗЛ при наличии коморбидности. Так же были рассмотрены показатели пиковой объемной скорости выдоха (ПОС) и максимальной объемной скорости выдоха – МОС25, МОС50, МОС75, отражающими соответственно сопротивление в крупных, средних и мелких бронхах. У больных ХОЗЛ с ИБС медиана ПОС в 1,3 раза была ниже, чем в группе больных с изолированным течением ХОЗЛ. Медиана МОС25 у больных ХОЗЛ с ИБС в 1,37 раза была ниже показателя в группе ХОЗЛ. При сравнении медиан показателей МОС50 и МОС75 в двух группах оказалось, что они в 1,27 раза ниже у больных ХОЗЛ и ИБС, чем в группе больных с изолированным течением ХОЗЛ ($p < 0,05$).

Выводы: полученные результаты позволили сделать заключение, что наличие ИБС ухудшает спирометрические характеристики ФВД, оказывая определенное модифицирующее влияние на течение ХОЗЛ, что отражается более низкими значениями объёмных и скоростных показателей.

**ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ БІОЛОГІЧНИМ ВІКОМ,
КОЕФІЦІЄНТОМ ШВИДКОСТІ СТАРІННЯ І
АНТРОПОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ
З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ**

Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Грідасова Л. М., Потапенко А. В.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета роботи – вивчення взаємозв'язку між біологічним віком, коефіцієнтом швидкості старіння і антропометричними показниками у пацієнтів з метаболічним синдромом.

Об'єкт дослідження: пацієнти з неінфекційними захворюваннями з факторами ризику серцево-судинних захворювань з різним рівнем кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE віком від 28 до 65 років. Усього в дослідження було залучено 256 осіб зазначеного віку, з них 130 чоловіків та 126 жінок (51 % та 49 %, відповідно).

Матеріали і методи: антропометричні показники - зріст, вага, окружність талії, окружність стегон, відношення об'єму талії до окружності стегон; індекс маси тіла = вага /ріст². Обчислювали значення біологічного віку, коефіцієнта швидкості старіння за формулами А. Г. Горелкіна і Б. Б. Пінхасова. Даний метод дозволяє оцінювати коефіцієнт швидкості старіння (КСС) для кожного індивіда. В основу методу покладено ідею розрахунку рівняння, що описує зв'язок між маркерами тілобудови і віком.

Результати. У рамках дослідження було визначено рівень календарного та біологічного віку і розраховано коефіцієнт старіння. Так, в групі респондентів з двома та менше факторами ризику календарний вік становив 48,3 роки, а біологічний 52,5 роки, при цьому коефіцієнт старіння дорівнював 1,09. У групі опитаних з більше ніж двома факторами ризику календарний вік становив 52,4 роки, а біологічний 61 рік. Коефіцієнт старіння склав 1,16. Установлено, що в групі пацієнтів з більше ніж двома факторами ризику значно більша різниця між біологічним та календарним віком (8,6 років), ніж в групі з двома та менше факторами ризику (4,2 років), а також значно вищий коефіцієнт старіння (1,16 та 1,09, відповідно).

Висновки. Отримані дані свідчать про більшу різницю між біологічним та календарним віком у групі респондентів з більше ніж двома факторами ризику та значно вищий коефіцієнт старіння, ніж у респондентів з 1-2 факторами ризику.

**ВИВЧЕННЯ РОЛІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ В РОЗВИТКУ СУДИННОГО СТАРІННЯ ТА
ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ ТЕЛОМЕР В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Потапенко А. В., Грідасова Л. М.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета роботи – вивчити роль факторів ризику серцево-судинних захворювань в розвитку судинного старіння та визначити довжину теломер в залежності від факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Об'єкт дослідження: пацієнти з неінфекційними захворюваннями з факторами ризику серцево-судинних захворювань з різним рівнем кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE віком від 28 до 65 років. Всього в дослідження було залучено 256 осіб зазначеного віку, з них 130 чоловіків та 126 жінок (51 % та 49 %, відповідно).

Матеріали і методи: сумарний ризик розвитку серцево-судинних захворювань і їх ускладнень визначався із застосуванням шкали SCORE, розробленої на підставі результатів досліджень, проведених в 12 європейських країнах.

Визначення довжини теломер проводили методом Sawthorn R.M. ПЦР в реальному часі. Ампліфікації проводили на ампліфікаторі CFX96 Touch (BioRad Laboratories, США) з використанням набору реактивів iQ SYBR Green Supermix (BioRad Laboratories, США).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета програм Statistica, версія 8.0.

Результати. Аналіз частоти нормального та вкороченого значення теломер в крові виявив відносно незначне зниження теломери у пацієнтів з помірним кардіоваскулярним ризиком (14,7% проти 4,1%), та значне зниження теломери в крові у пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком (50,1% проти 10,7%). У той же час вкорочення теломери в буккальному епітелії було зафіксовано у 15,7% пацієнтів з помірним кардіоваскулярним ризиком та у 52,0% у пацієнтів з високим КВР.

Висновки. Зв'язок прискореного укорочення теломер у пацієнтів з різним КВР можна пояснити низкою факторів – впливом віку, кількістю факторів ризику, що беруть участь у формуванні КВР. З одного боку, теломери коротшають при старінні, і вкорочення довжини теломер в нашому дослідженні спостерігається саме в міру збільшення КВР у пацієнтів старше 50 років. Отримані дані є свідченням участі довжини теломер у розвитку атеросклеротичних змін судин.

**ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ
МЕДИЦИНИ ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2017 РІК
Колеснікова О. В., Ярина Н. А., Несен А. О.**

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

Проведення тематичних заходів по терапії з проблем сучасної профілактики, діагностики і лікування неінфекційних захворювань та коморбідної патології є одним з важливих напрямків діяльності ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України». Ця робота проводиться шляхом проведення науково-практичних конференцій, симпозіумів, виїзних Всеукраїнських науково-практичних конференцій «Школи терапевтів ім. академіка Л.Т. Малої», «Днів терапевта», «Днів кардіолога», засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів на базі Інституту та наукових семінарів і вебінарів.

У 2017 році співробітниками установи організовано і проведено 14 науково-практичних конференцій (з них 5 вебінарів, 1 наукова сесія), 7 «Днів терапевта», 1 «День пульмонолога», 6 «Днів кардіолога» 7 засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів», а також проведено 3 виїзні Всеукраїнські науково-практичні конференції «Школи терапевтів ім. Л.Т. Малої» в Кіровоградській, Одеській та Івано-Франківській областях за темами: «Мультидисциплінарний підхід – ключ до успішної терапевтичної науки та практики», «Стратегії профілактики терапевтичних захворювань: від постулатів минулого в майбутнє», «Неінфекційні захворювання: заходи профілактики та боротьби з ускладненнями». Проведений науковий симпозіум у Полтаві «Українська школа профілактики. Фактори ризику неінфекційних захворювань: від наукових досліджень до клініки».

У роботі науково-практичних конференцій на базі Інституту прийняли участь 730 науковців і лікарів практичної охорони здоров'я; виїзних конференцій - 609 чоловік, на наукових симпозіумах - 254 особи. У роботі «Днів терапевта» та засідань Харківського медичного товариства терапевтів і «Днів кардіолога» та засідань Харківського товариства кардіологів прийняли участь 1102 лікарі, на засіданнях Харківського медичного товариства гастроентерологів – 416.

Усього у 2017 р. підвищили кваліфікацію 3111 науковців і лікарів. Впровадження наукових розробок також сприяє підвищенню рівня професійної освіти лікарів. У 2017 р. проведено впровадження наукових розробок Інституту в роботу лікувально-профілактичних закладів областей: Кіровоградської - 29, Одеської - 37, Івано-Франківської – 44 наукові розробки, в вигляді патентів, методичних рекомендацій, свідоцтв.

Вищевикладене свідчить про те, що діяльність Інституту терапії сприяє підвищенню професійного рівня лікарів практичної медицини щодо профілактики, діагностики і лікування неінфекційних захворювань.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ З АДИКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Колядко С. П., Каленська Г. Ю., Денисенко М. М.

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

В сучасних соціо-економічних та політичних умовах розвитку суспільства проблема психічного здоров'я є однією з головних, що проявляється у зростанні показників граничної психічної патології, яка все частіше ускладнюється виникненням супутньої адиктивної поведінки (АП).

Мета: розробити основні психотерапевтичні заходи для лікування хворих на невротичні розлади (НР) з АП.

Матеріали і методи: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л.І. Васермана в модифікації В.В. Бойка (2004), (ДРСФ)) методи; обстежено 70 хворих на НР з АП.

Результати: визначено, що у хворих на НР формується АП переважно нехімічного (74,28%) та хімічного походження (25,72%). Високий ризик виникнення АП виявлений до наступних об'єктів вживання: «Їжа» (42,20 %, ДК=3,36, МІ=0,16, $p < 0,05$), «Інтернет» (73,39 %, ДК=1,01, МІ=0,15, $p < 0,01$), «Робота» (39,45 %, ДК=2,21, МІ=1,15, $p < 0,01$), «Чай/кава» (56,89 %), «Тютюн» (47,70 ДК=1,11, МІ=0,25, $p < 0,01$). Визначені особистісні механізми, які сприяють формуванню АП в структурі НР, до них належать: особистісні акцентуації, використання неконструктивних копінг-стратегій, незадоволеність актуальних потреб, недостатнє сприйняття соціальної підтримки. На основі отриманих даних розроблена трьох-етапна система комплексної терапії, основу якої складала психотерапія, що включала інтеграцію екзистенціально-аналітичних, проблемно-орієнтованих та особистісно-орієнтованих підходів в різноманітних модифікаціях та комбінаціях. Для оцінки ефективності запропонованої терапії використовувалася ДРСФ. Виявлена загальна тенденція до зниження рівня фрустрованості («взаємовідношення з колегами на роботі» ($p \leq 0,05$, ДК = 2,66, МІ = 1,39), «відношення з подружжям» ($p \leq 0,001$, ДК = 2,79, МІ = 2,49), «відношення з дітьми» ($p \leq 0,001$, ДК = 3,09, МІ = 2,01), «відношення з друзями» (3,3 та 1,6 балів відповідно, $p \leq 0,001$, ДК = 3,39, МІ = 3,09) «проведення дозвілля» ($p \leq 0,05$, ДК = 1,89, МІ = 1,39) та «задоволеність своїм образом життя в цілому» ($p \leq 0,05$, ДК = 2,79, МІ = 1,39). Рівень соціальної фрустрованості знизився з «дуже високого рівня» до «пониженого рівня» ($p \leq 0,05$).

Висновок: отримані дані свідчать про позитивну динаміку у психологічному стані хворих НР з АП, про формування більш гармонійних емоційних реакцій, саме в тих стосунках, які сприяли формуванню АП.

ПОШИРЕНІСТЬ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ (ХДЗП) ЗА ДАНИМИ РІЗНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Коненко І. С., Діденко В. І., Зав'ялова І. Ю.,
Плещенко М. Л., Ягмур В. Б.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета: Проаналізувати літературні дані за період 7 останніх років за темою «поширеність фіброзу печінки за даними еластографії».

Матеріали та методи: Проведено аналіз літературних джерел зарубіжних авторів щодо різної поширеності фіброзу печінки за даними еластографії.

Результати: Протягом останніх 30 років було досягнуто значного прогресу у вивченні та лікуванні ХДЗП, проте на сьогоднішній день кількість хворих з фіброзом печінки в Європі не тільки не зменшується, але й невинно зростає. За останніми даними поширеність фіброзу печінки в світі коливається від 0,2% до 19,0%. Важливо відмітити, що ці коливання залежать не тільки від географічного фактору, але і від умов проведення дослідження. Зокрема, результати транзйентної еластографії (ТЕ) – методу неінвазивного визначення фіброзу – за різними дослідженнями оцінювались за різними нормами порогової жорсткості печінки. Нижча частота фіброзу печінки була відмічена в ході дослідженні Вонг зі співав., які використовували найвищий поріг 9,6 кПа, та брали у розрахунок тільки виражений фіброз. Висока частота в дослідженні Малік зі співав. може бути пояснена більш нижчим порогом в 7,0 кПа. У 5 дослідженнях, які стратифікували членів загальної популяції за віком, загальна поширеність досліджень коливалася від 0,7% до 25,7%. Найнижча частота фіброзу в популяції, отримана в дослідженні Пойнард зі співав. пояснюється використанням двостадійного підходу, в якому дані ТЕ були скомбіновані із показниками FibroTest, що теоретично хоча й підвищило точність діагностики, але значно зменшило вибірку пацієнтів. Поширеність фіброзу печінки алкогольної етіології коливається від 11,0% до 20,5%. В 4-х дослідженнях, які оцінювали випадки цирозу серед загального населення, поширеність варіювала від 0,1% до 1,7%. Найвища частота була показана в дослідженні Малік зі співав., але автори не повідомили про наявність інших факторів ризику в досліджуваній популяції. Інші три дослідження, які оцінювали пацієнтів за основним фактором ризику, повідомили про поширеність 2,4-4,0%, що значно перевищує поширеність цирозу серед загального населення. Так, у дослідженні Das зі співав., які повідомили про наявність цирозу у 2,4% пацієнтів з НАЖХП, представлена також оцінка поширеності серед загального населення, яка становила 0,2%-9,5% та була абсолютно еквівалентна даним, наведеним іншими авторами, які проводили дослідження серед загального населення.

Висновок. Таким чином, дані щодо поширеності фіброзу та цирозу печінки відрізняються в залежності від встановлених порогових значень фіброзу за даними еластографії та додаткових факторів ризику, що присутні у дослідженої популяції.

БИОМАРКЕР sST2 КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МАРКЕР ПРЕДСКАЗАНИЯ ОСТРОГО СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Копица Н. П., Петюнина О. В., Вишневская И. Р., Гилева Я. В.

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

Развитие острой почечной дисфункции у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМП ST), особенно у лиц, перенесших чрескожное коронарное вмешательство, является актуальной проблемой современной кардиологии, поскольку данное состояние ухудшает прогноз у этой группы пациентов. Чтобы своевременно диагностировать острое повреждение почек (ОПП) было предложено использовать биомаркеры. Сегодня поиск оптимальных биомаркеров продолжается. Одним из перспективных в этом направлении маркеров, является растворимый ST2 (sST2).

Цель: оценить роль различных маркеров в прогнозе острой почечной недостаточности у пациентов с ОИМП ST.

Методы. 103 пациентов с ОИМП ST были включены в исследование (72,8 % мужчин и 27,2 % женщин), средний возраст составил ($61,85 \pm 12,23$) года. Была выбрана группа пациентов ($n = 69$), где уровень креатинина определялся в течение первых 24 часов от момента развития ОИМ болезни и через 48 часов. Все пациенты были разделены на две группы в соответствии с классификацией по острой почечной недостаточности (AKIN): 23 пациента в первой группе с отрицательной динамикой (1-я стадия AKIN и выше), 46 пациентов во второй группе без изменения креатинина. Кроме того, в первый день госпитализации были определены уровни N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pro BNP) и sST2,

Результаты. Сравнивая выбранные группы, была обнаружена значительная разница в уровне креатинина, определенного при поступлении и через 48 часов в первой группе ($p = 0,005$), во второй группе не было обнаружено существенной разницы. Анализ уровня биомаркеров (NT pro-BNP, sST2) в обеих группах показал достоверно более высокий уровень биомаркеров у пациентов с отрицательной динамикой креатинина ($p \leq 0,001$; χ^2 тест = 60; $p \leq 0,001$; χ^2 тест = 74 соответственно). Кроме того, была установлена корреляция высокой прочности между sST2 и уровнем креатинина ($r = 0,6$; $p = 0,02$), но не между последним и NT pro-BNP.

Выводы: биомаркер sST2 может использоваться для стратификации риска в развитии острой почечной недостаточности у пациентов с STEMI; он более чувствителен, чем известный маркер NT-pro BNP. Для высокой прогностической возможности мы можем использовать комбинацию этих биомаркеров.

ВИКОРИСТАННЯ СПЕКЛ-ТРЕКІНГ-ЕХОКАРДІОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

**Копиця М. П., Титаренко Н. В., Родіонова Ю. В., Гончарь О. В.,
Вишневська І. Р.**

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

На даний час основним показником систолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) є фракція викиду (ФВ) ЛШ, яку визначають при традиційній трансторакальній ехокардіографії. Однак, на сьогоднішній день цей показник має ряд технічних обмежень, також ФВ має велику варіабельність значень, отриманих на різних апаратах та різними дослідниками. Спекл-трекінг-ехокардіографія (Speckle tracking echocardiography) (СТЕ) - перспективна сучасна неінвазивна ультразвукова методика для оцінки структурно-функціональних змін міокарду, в основі якої лежить відстеження траєкторій руху (tracking) в ході серцевого циклу акустичних маркерів міокарда (speckle) у сірошкальному двомірному ультразвуковому зображенні. Показник деформації або відносної зміни довжини сегмента міокарда – стрейн (strain) (ϵ) – вичислюють за формулою: $\epsilon = (L-L_0) / L_0$, де L – довжина об'єкта після деформації, L_0 – вихідна довжина об'єкта (виражається у відсотках).

При подовженні об'єкта деформація виражається позитивною величиною, при вкороченні – негативною. Нормальні величини стрейну не є остаточно визначеними. У якості зразкового орієнтиру в рекомендаціях вказана величина глобальної поздовжньої деформації – 20%, абсолютні значення вище якої свідчать про норму. Глобальний повздовжній стрейн відображає функцію субендокардіальних волокон міокарда, які більш схильні до розвитку ішемії. Аналіз сегментарної скоротливості за кривими стрейну дозволяє визначити басейн ураженої коронарної артерії при гострому інфаркті міокарду, особливо при інфаркті міокарда без підйому сегмента ST, коли відсутність типових для інфаркту змін сегменту ST та зубця T на ЕКГ обмежує чутливість виявлення осіб з поширеною оклюзією коронарних артерій. У пацієнтів з гострим інфарктом міокарда СТЕ дозволяє прогнозувати ефект реперфузійної терапії та ремодельовання ЛШ.

Потрібні подальші дослідження показників стрейну в динаміці для оцінки ступеню та часу поновлення скоротливості окремих сегментів лівого шлуночку та глобальної систолічної функції. Результати можуть бути корисними в якості критеріїв оцінки відновлення працездатності хворих та їх подальшого прогнозу.

**КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ
РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕРИТРОЦИТАРНИХ МЕМБРАН (ІРЕМ)
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК (ХХН) ВД СТАДІЇ
З АНЕМІЄЮ**

**Король Л. В., Мигаль Л. Я., Степанова Н. М., Новаківський В. В.,
Малашевська Н. М.**

*Державна установа “Інститут нефрології Національної академії
медичних наук України”, м. Київ*

Мета: визначення інтегрального показника – ІРЕМ та оцінка його клінічного значення у хворих на ХХН ВД стадії з анемією.

Матеріали і методи. Обстежено 74 хворих (19 – 65 рр.) з верифікованим діагнозом – ХХН ВД стадії, нефрогенна анемія та 30 практично здорових осіб (група контролю – К). Всіх пацієнтів з урахуванням клінічного перебігу нефрогенної анемії, методів ниркової замісної терапії, а також залежно від кількісних величин ІРЕМ було поділено на наступні групи: група 1 – 25 хворих, які лікувалися методом перитонеального діалізу, група 2 – 17 хворих, які переважно лікувалися методом гемодіафільтрації, група 3 – 32 хворих, які переважно лікувалися методом програмного гемодіалізу. В еритроцитах визначали проникність еритроцитарних мембран (ПЕМ), що характеризує функціональний стан мембран еритроцитів, перекисну резистентність еритроцитів (ПРЕ) та перекисний гемоліз еритроцитів (ПГЕ) – характеризують структурний стан мембран еритроцитів. Активність каталази (КА) визначали у сироватці крові, оскільки суттєве підвищення її активності у сироватці крові обумовлено вивільненням ензиму з еритроцитів при їх руйнації.

Результати: ІРЕМ розраховували як суму співвідношень показників ПЕМ, ПРЕ, ПГЕ та КА хворих до аналогічних показників контролю (середні дані), поділеної на кількість доданків. Встановлено, що ІРЕМ в групі К за середніми даними дорівнює $1,03 \pm 0,023$, в групі хворих 1– $1,34 \pm 0,12$; в групі хворих 2 – $1,83 \pm 0,21$; в групі 3 – $2,41 \pm 0,17$ од. ($p_{1-к} < 0,02$; $p_{2-1} < 0,05$; $p_{3-2} < 0,05$). Індивідуальний аналіз результатів величин ІРЕМ у кожній із груп показав: збільшення ІРЕМ за середні значення К в 1,2-1,5 рази у 1-й групі пацієнтів асоціюють з I ступенем порушення резистентності мембран еритроцитів; в 1,6-1,9 рази у 2-й групі пацієнтів – з II ступенем порушення резистентності мембран еритроцитів; в 2,0 рази та більше у 3-й групі пацієнтів – з III ступенем порушення резистентності мембран еритроцитів.

Висновок: методика визначення ІРЕМ є достатньо безпечною для пацієнтів та цілком доступною для кожної клініко-діагностичної лабораторії, а отримані результати інформативними (інтегральна оцінка чотирьох показників). Визначення ступеня порушення резистентності мембран еритроцитів у хворих на ХХН ВД стадії з анемією має практичне клінічне значення в плані своєчасної об'єктивної оцінки стану резистентності мембран еритроцитів індивідуально у кожного пацієнта та обґрунтування на цій підставі оптимальних лікувальних заходів.

ПРОГНОЗ ВИЖИВАНOSTІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Сьогодні недостатньо вивченим залишається питання впливу гіперглікемії на систему міжклітинної матриці у хворих із гострим інфарктом міокарда (ГІМ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Мета: побудова моделі прогнозування випадків серцево-судинної смерті хворих із ГІМ та ЦД 2 типу зі застосуванням матриксної металопротеїнази-13 (ММП-13) та тканинного інгібітора металопротеїнази-4 (ТІМП-4).

Матеріали і методи дослідження. В дослідженні було залучено 60 хворих з ГІМ та ЦД 2 типу. В контрольну групу ввійшли 20 практично здорових людей. Рівні ММП-13, ТІМП-4 визначали імуноферментним методом.

Результати та їх обговорення. У пацієнтів з ГІМ та ЦД 2 типу достовірно збільшуються рівні ММП-13, ТІМП-4 на 1-2 добу в порівнянні з групою контролю. Розроблена нами модель прогнозу випадків серцево-судинної смерті із обчисленням рівнів ММП-13 та ТІМП-4 у хворих з ЦД 2 типу. Включення вмісту ММП-13, ТІМП-4, віку, глюкози, постановки стенту дозволило отримати специфічність (97%) і чутливість (86%). Модель прогнозу летальності $P = 1 / (1 + \exp(0,96 \times \text{Глюкоза} - 0,28 \times \text{Вік} - 0,936 \times \text{ММП-13} - 0,014 \times \text{ТІМП-4} + 95,7 \times \text{стент} + 70,4))$, де P (шанс) - вірогідність виникнення летальності; глюкоза - глюкоза, ммоль/л; вік - років; ММП-13 – матриксна металопротеїназа-13, пг/мл; ТІМП-4 – тканинний інгібітор металопротеїнази-4, пг/мл; стент – постановка стенту.

Висновки. Підвищення вмісту ММП-13 при недостатньому зростанні рівня ТІМП-4 свідчить про порушення балансу в системі міжклітинного матриксу. Виявлені зміни позаклітинного матриксу можуть впливати на розвиток і прогноз гострого інфаркту міокарда.

**ВИВЧЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ
МІЖ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНИМ МАТРИКСОМ І ПАРАМЕТРАМИ
КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ
МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Котельох М. Ю., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: вивчити показники міжклітинного матриксу та параметрів кардіогемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в залежності від наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяло участь 100 хворих. Основну групу склали 60 хворих на ГІМ із супутнім ЦД 2 типу. До складу контрольної групи (20 осіб) ввійшли практично-здорові особи. Матриксну металопротеїназу-13 (ММП-13) визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA). Тканинний інгібітор металопротеїнази-4 (ТІМП-4) – імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human TIMP-4» (R&D Systems, Minneapolis, USA), тенасцин С – імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Tenascin-C Large (FNIII-C)» (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan). Ехокардіографію здійснювали за допомогою ультразвукового сканера «ULTIMA PRO-30» фірми «Радмір» ДП АТ НДІРВ. Визначали ехокардіографічні показники: кінцево-систолический (КСР, см) та кінцево-діастолічний розмір (КДР, см) лівого шлуночка (ЛШ), розмір лівого передсердя (ЛП, см), товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП, см) та задньої стінки (ТЗСЛШ, см) лівого шлуночка, кінцево-діастолічний об'єм (КДО, мл) та кінцево-систолический об'єм (КСО, мл), ударний об'єм (УО, мл), фракцію викиду (ФВ, %), масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ, г), відносну товщину лівого шлуночка (ВТЗСЛШ, ум.од.). Зважаючи на індивідуальні конституційні особливості пацієнтів, використовували індексовану до площі поверхні тіла величину: індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ, г/м²).

Результати досліджень. Визначено прямі кореляційні зв'язки у хворих на ГІМ із ЦД 2 типу між ММП-13 та КДО ($r=0,57$, $p<0,05$); КСО ($r=0,55$, $p<0,05$), КДР ($r=0,61$, $p<0,05$), КСР ($r=0,56$, $p<0,05$), УО ($r=0,47$, $p<0,05$), ТМШП ($r=0,37$, $p<0,05$), ІММЛШ ($r=0,43$, $p<0,05$), ММЛШ ($r=0,53$, $p<0,05$), ВТЗСЛШ ($r=0,62$, $p<0,05$). Кореляційний аналіз засвідчив наявність прямого зв'язку між рівнем ТІМП-4 та ТМШП ($r=0,38$, $p<0,05$). Визначено прямий кореляційний зв'язок між тенасцину С на 1-2 добу й УО ($r=0,58$, $p<0,05$).

Висновки. Таким чином, у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу відбувається збільшення ММП-13, ТІМП-4, тенасцину С. За наявності ЦД 2 типу зростали параметри кардіогемодинаміки за рахунок КДО, КСО, КДР, КСР у хворих на ГІМ пропорційно високої активності ММП-13.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кравчун Н. О., Тігова Ю. О., Місюра К. В.

*Державна установа "Інститут проблем ендокринної патології
ім. В. Я. Данилевського НАМН України", м. Харків, Україна*

Мета: оцінити вплив функціонального стану печінки на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи: обстежено 60 пацієнтів, що хворіють на ЦД 2 типу, віком від 48 до 80 років – в середньому (63,3±0,89) років. Середнє значення ІМТ – (34,3±0,79) кг/м². Тривалість захворювання на ЦД 2 типу в середньому склала (7,95±0,83) років. Всім хворим було проведено визначення показників трансаміназ та розраховано коефіцієнт де Рітиса. Для оцінки МЩКТ у хворих на ЦД 2 типу було проведено денситометричне дослідження в стандартних зонах осьового скелета. У 30 % пацієнтів зафіксовано зниження показників денситометрії. В залежності від виду лікування пацієнти були розподілені на 3 групи. Проведено визначення рівню глікозильованого гемоглобіну (HbA1c)

Використані стандартні методи описової статистики, порівняння середніх значень (Т-критерій Ст'юдента), а також методи непараметричної статистики (Mann-Whitney).

Результати: Встановлено, що в групі пацієнтів, які знаходилися на інсулінотерапії МЩКТ L1-L4 та Т-критерій L1-L4 були значуще нижче, ніж у пацієнтів, які отримували таблетовані цукрознижуючі препарати. Т-критерій поперекового відділу хребта у пацієнтів із ЦД 2 типу з більшою тривалістю захворювання був значуще нижче, ніж в групі порівняння. Середнє значення коефіцієнту де Рітиса становило (0,80±0,04).

Визначено, що середня тривалість захворювання на ЦД була статистично значущою між групами і склала 8,1; 13,6 та 16,1, відповідно, $p < 0,05$. Значущої різниці за віком та антропометричними показниками в групах пацієнтів із різною тривалістю захворювання на ЦД виявлено не було ($p \geq 0,05$).

Висновок. У 30 % хворих на ЦД виявлено зниження рівня показників денситометрії. У пацієнтів із більшою тривалістю ЦД (більше 10 років) виявлені статистично значущі ($p = 0,039$) більш низькі значення Т-критерію поперекового відділу хребта (-0,28; 95 % ДІ -1,04; -0,48), в порівнянні з групою пацієнтів з тривалістю діабету до 10 років (0,29; 95 % ДІ -0,29; 0,87). При цьому значущої різниці за віком та антропометричними показниками виявлено не було ($p > 0,05$).

У всіх обстежених пацієнтів встановлено зниження показника коефіцієнту де Рітиса, що засвідчує наявність у них НАЖХП.

ЩОДО ПИТАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇН У КАРДІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Крапівко С. О., Молотягін Д. Г., Майорова М. В.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Ацетилцистеїн використовують в клінічній практиці вже кілька десятків років, причому в останні роки спектр показань до його застосування розширюється і, крім традиційних, включає нові напрямки, пов'язані з антиоксидантним і детоксикаційним ефектами, в тому числі і в кардіологічній практиці.

Згідно багаторічними спостереженнями, ацетилцистеїн може знайти застосування в терапії ішемічної хвороби серця. Підставою для цього є його протективна дія відносно ішемічних і реперфузійних уражень, зниження рівнів гомоцистеїну і ліпопротеїну (а) (Ушкалова Е.А., 2007).

Одночасний прийом нітрогліцерину та ацетилцистеїну може призвести до посилення вазодилатуючого ефекту нітрогліцерину (Omura S. et al., 2002). Як донатор сульфгідрильних груп, ацетилцистеїн може мати значення для попередження розвитку толерантності до нітратів у хворих з супутньою ішемічною хворобою серця (Zuin R. et al., 2005), що знаходяться як на пероральному прийомі, так і на інфузії нітрогліцерину в умовах інтенсивної терапії.

Ацетилцистеїн ефективно нейтралізує вільні кисневі радикали (володіє як прямою дією, так і опосередкованою – через продукцію глютатіону) при хірургічних втручаннях з використанням апарату штучного кровообігу (Andersen L.W. et al., 1995).

В останні роки препарат широко застосовується при черезшкірних коронарних втручаннях і маніпуляціях на периферичних артеріях, що проводяться в тому числі і на тлі ниркової недостатності, для профілактики контраст-індукованої нефропатії (Деньгін В.В., 2008), оскільки крім антиоксидантних, ацетилцистеїн має вазодилаторні властивості, а також запобігає загибелі ендотеліальних клітин.

Як показало невелике дослідження (Шамхалова М.Ш., 2007), в групі хворих, що приймали ацетилцистеїн, ймовірність підвищення сироваткового креатиніну (більше ніж на 25%) протягом 2 днів після введення контрасту була нижчою на 68%, ніж в групі плацебо.

Таким чином, ацетилцистеїн довів позитивний протекторний ефект на серцево-судинну систему. Для отримання результатів необхідне проведення додаткових досліджень з великою кількістю пацієнтів. Однак накопичені в даний час дані про позитивні ефекти і добру переносимість препарату, свідчать про те, що розширення показань до застосування ацетилцистеїну в кардіологічній практиці дозволить зменшити частоту розвитку серцево-судинних катастроф і тим самим знизити рівень смертності від кардіальної патології.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Крахмалова Е. О., Самохина Л. М., Бондарь Т. Н.

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

Цель. Изучение нарушений, обусловленных влиянием курения и свободнорадикального окисления, для оценки их участия в развитии хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ), сочетанного с ишемической болезнью сердца (ИБС), у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 больных, из них с ХОБЛ+ИБС ($63,00 \pm 1,05$) лет, $n=31$, с ХОБЛ ($64,00 \pm 1,01$) лет, $n=29$. Диагноз ХОБЛ устанавливали согласно GOLD (2010), ИБС – по рекомендациям Украинского общества кардиологов. Исключали больных ХОБЛ в фазе обострения и с тяжелой сердечной патологией. Исследовали функцию внешнего дыхания утром натощак на аппарате «Спироком профессиональный» (Украина). Общий стаж курильщика составил при ХОБЛ+ИБС ($16,00 \pm 2,72$), при ХОБЛ ($6,06 \pm 2,27$) пачко-лет. Длительность заболевания ХОБЛ – ($5,50 \pm 0,57$), при ХОБЛ+ИБС – ($4,70 \pm 0,46$), ИБС – ($9,07 \pm 1,30$) лет. Контроль – 10 практически здоровых лиц ($35,0 \pm 3,5$) лет. Исследовали в плазме крови концентрацию оксидов азота ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) по реакции Грисса. Депротенинизацию образцов плазмы проводили 55мМ ZnSO_4 и 75мМ NaOH (2:5 по объему). Измеряли оптическую плотность с помощью колориметра фотоэлектрического "СПЕКОЛ-11" (Германия).

Результаты. Установлено, что содержание в плазме крови NO_2/NO_3 у пациентов с ХОБЛ+ИБС составляет $23,52 \pm 3,17$ мкмоль/л, при ХОБЛ $24,37 \pm 3,52$, что в обеих группах ниже ($p < 0,05$) по сравнению с контролем ($39,77 \pm 2,45$) и может быть обусловлено влиянием курения и связано с уменьшением синтеза NO , экспрессии индуцибельной и/или эндотелиальной NO -синтазы (iNOS, eNOS). NO восстанавливается NO -редуктазой, что также способствует снижению NO_2/NO_3 . Указывают и на связь снижения NO_2/NO_3 с возрастными изменениями, при этом снижается активность eNOS, а iNOS активируется, что приводит к избыточному образованию и накоплению в тканях пероксинитрита.

Выводы. Таким образом, у пациентов ХОЗЛ, независимо от наличия сочетанной ИБС, содержание NO_2/NO_3 в плазме крови понижено и может быть связано со снижением синтеза NO , его восстановлением NO -редуктазой, с уменьшением активности eNOS и обусловлено скорее всего вкладом курения, а также возрастными изменениями.

ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ (ХОЗЛ) И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС). СВЯЗЬ С ФЕНОТИПОМ ХОЗЛ

**Крахмалова Е. О., Токарева А. Ю., Харченко Ю. Е.,
Колесникова Е. Н., Гетман Е. А.**

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

Хроническая гипоксия, оксидативный стресс и развивающаяся на этом фоне дисфункция сосудистого эндотелия – общие патогенетические механизмы у пациентов с ХОЗЛ и ИБС. Эндотелиальная дисфункция является предиктором развития и прогрессирования кардиоваскулярной патологии при ХОЗЛ, которая, в свою очередь, рассматривается как ведущая причина инвалидности и смертности у данной когорты пациентов.

Цель работы – оценить состояние функции сосудистого эндотелия (ЭФ) у пациентов с ХОЗЛ и сопутствующей ИБС в зависимости от характера течения основного заболевания. Обследованы 67 пациентов с ХОЗЛ и ИБС (ср. возраст – $(67,06 \pm 6,37)$ лет), которые были разделены на 2 группы в зависимости от количества перенесенных обострений ХОЗЛ в течение 12 мес. до момента включения в исследование. В группу 1 вошли 20 пациентов (ср. возраст – $(63,53 \pm 5,11)$ лет) с количеством обострений ≤ 1 , во вторую – 47 больных (ср. возраст – $(65,14 \pm 4,77)$ лет) с числом обострений ХОЗЛ более 1 в течение предыдущего года. ЭФ определяли ультразвуковым методом с применением линейного датчика частотой 7-15 МГц на аппарата Philips IU22. Оценивали постокклюзионное изменение диаметра плечевой артерии (ПА) в ответ на пробу с реактивной гиперемией (методика D. Selertmajer, 1994). Рассчитывали процент прироста, $\Delta d\%$ ПА, как разницу между исходным размером сосуда и размером после компрессии, деленное на исходный размер и умноженный на 100%.

Результаты. Известно, что функция эндотелия связана с возрастом человек. Несмотря на отсутствие возрастных различий между группами, исследование продемонстрировало достоверную разницу показателей в сравниваемых группах. Так, $\Delta d\%$ ПА в группе пациентов с нечастыми обострениями составил $(7,3 \pm 2,8)\%$ против $(3,1 \pm 1,8)\%$ в группе 2 ($p < 0,01$). Установлена корреляция данного параметра с абсолютным числом обострений ($r = 0,48$; $p < 0,01$), стажем курения ($r = 0,40$; $p < 0,01$), функциональным классом сердечной недостаточности по NYHA ($r = 0,44$; $p < 0,01$) и динамикой ОФВ1 до и после бронходилатационной пробы ($r = 0,31$; $p < 0,05$).

Выводы. Степень нарушения функции эндотелия сосудов, определяемая неинвазивным ультразвуковым методом, более выражена у пациентов с фенотипом ХОЗЛ с частыми обострениями, что объясняется более агрессивным течением системного воспаления и прогрессирующей гипоксией.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Крахмалова Е. О., Харченко Ю. Е., Токарева А. Ю., Гридасова Л. Н.

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

Вступление. Сегодня значимое место в терапии хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) занимает двойная бронходилатация. Довольно часто ХОЗЛ сопровождается наличием у пациента кардиоваскулярной патологии. У больных с коморбидностью ХОЗЛ и ишемической болезни сердца (ИБС) не всегда можно использовать двойную бронходилатационную терапию. В связи с этим, монотерапия одним из бронходилататоров остается актуальной у таких пациентов, а вопрос выбора безопасного бронходилататора остается открытым.

Цель: сравнительная оценка влияния определенной группы бронхолитиков на клиническую симптоматику ХОЗЛ и показатели внутрисердечной гемодинамики у пациентов с коморбидностью ХОЗЛ и ИБС.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 131 пациент с ХОЗЛ группы В в сочетании с ИБС. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 (69 человек) – больные, получавшие терапию β_2 -агонистом длительного действия (БАДД); группа 2 (62 человека) – больные, принимавшие М-холинолитик длительного действия (МХДД).

Результаты исследования показали преимущество использования МХДД перед БАДД в виде уменьшения количества обострений (через 1 год наблюдения – в группе 2 обострения составили ($S \pm SD$) ($0,66 \pm 0,04$) обострений/пац/год; в группе 1 – ($1,01 \pm 0,06$) обострений/пац/год ($p < 0,05$); сохранения сократительной способности миокарда и инотропной функции сердца, улучшения диастолической функции правого желудочка, которая оценивалась методом тканевой и импульсной доплерографии.

Выводы: данные литературы и результаты собственных исследований позволяют считать МХДД препаратами выбора у пациентов с коморбидностью ХОЗЛ и ИБС.

ПІДВИЩЕННЯ АДАПТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ СПОРТСМЕНА

Кудрявцева В. Є.

*Придніпровська державна академія фізичної культури і
спорту, м. Дніпро, Україна*

Сучасний спортивний тренувальний макроцикл і особливо змагальний період пов'язані з фізичними та психоемоційними навантаженнями великого об'єму і інтенсивності, часто на межі функціональних можливостей організму спортсмена. Тому надзвичайно важливою проблемою є розробка методів, які дозволяють оптимально використовувати функціональні резерви і реальні унікальні здібності спортсменів для отримання рекордних спортивних результатів.

Мета дослідження: підвищення адаптивних можливостей організму спортсмена шляхом індивідуальної корекції імунної системи на тлі лабораторної діагностики її стану.

Методи дослідження: імунологічні – циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) та НСТ-тест, біохімічні (ліпідограма, С-реактивний білок, тригліцериди)

Результати дослідження та їх обговорення: було досліджено 20 спортсменів – важкоатлетів. Спортсмени розподілені на 2 групи. 1 група – контрольна, куди увійшли 10 спортсменів. У 2 групу увійшли 10 спортсменів, яким проводилась імунокорегуюча терапія для підвищення фізичної витривалості, яка включає введення в організм імунотропного засобу - аутоцитокінів, виділених з крові спортсмена. Їх вводять у формі мікроін'єкцій за наступною схемою: між змаганнями - курс 4-5 доз на місяць, перед змаганнями за 2-3 місяці - курс 1 доза 1 раз на 5-6 днів. Аутоцитокіни, згідно отриманих нами даних, впливаючи у мікродозах, були, пусковим механізмом імунної реакції, активуючи Т-клітинну ланку імунної системи, яка прискорює і підсилює очищення організму від накопичених в тканинах токсичних продуктів, що дестабілізують структуру ДНК клітин, в тому числі, і імунокомпетентних.

Висновки.

Таким чином, за допомогою аутоцитокінів, виділених з організму спортсмена, досягається прямий коригуючий вплив на систему його імунітету, спрямований на підвищення рівня повноцінних імунних реакцій та ефективне і швидке усунення наслідків мембранно-деструктивних процесів у умовах стресорного чинника – високого психоемоційного напруження і граничних фізичних навантажень.

Перспективи подальших досліджень: підвищення адаптивних можливостей організму шляхом корекції імунного стану спортсменів циклічних видів спорту.

ВПЛИВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

Курінна О. Г., *Ситник К. О.

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

**Харківський національний медичний університет, Україна*

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є найпоширенішим захворюванням даного органу у всьому світі, що асоційоване з підвищеним ризиком загальної смертності та летальності, пов'язаної з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Характерним для НАЖХП є формування низки метаболічних розладів: зокрема порушень ліпідного обміну. Згідно з існуючими стандартами, немедикаментозна терапія (НТ) – є найбільш ефективним методом лікування НАЖХП.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу НТ на показники ліпідного обміну у хворих на НАЖХП.

Методи та матеріали: в дослідження залучено 52 хворих на НАЖХП, у яких досліджено показники ліпідного обміну: концентрації загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької (ЛПНЩ), дуже низької (ЛПДНЩ) та високої щільності (ЛПВЩ) під впливом немедикаментозної терапії, що була спрямована на зниження ваги на 7%, шляхом призначення персоналізованого режиму та складу харчування, а також розширення фізичних навантажень. Тривалість лікування складала 24 тижні.

Результати та обговорення: дослідження ліпідного профілю продемонструвало, що на тлі НТ концентрація ЗХС знизилась на $\Delta\%$ (5,92 [2,78; 9,93])% ($p < 0,05$). Визначення рівня ХС ЛПВЩ показало протилежні результати: концентрація ХС ЛПВЩ підвищилась на $\Delta\%$ (-1,14 [-2,38; 1,69])% ($p > 0,05$). Під впливом НТ спостерігалось зниження ХС ЛПДНЩ на $\Delta\%$ (12,58 [11,29; 14,04]) ($p < 0,05$). У пацієнтів, що отримували НТ, було визначено зменшення ХС ЛПДНЩ на $\Delta\%$ (11,22 [10,51; 16,15])% ($p < 0,05$). Через 24 тижні на тлі НТ вміст ЛПНЩ зменшився на ($\Delta\%$ (10,58 [7,62; 11,05])%, $p < 0,05$). В свою чергу, концентрація ТГ знизилась на ($\Delta\%$ 6,98 [2,50; 8,93])% ($p < 0,05$).

Висновки: таким чином, враховуючі отримані дані можна зробити висновки, щонемедикаментозна терапія, яка включає в себе корекцію харчування, розширення фізичної активності та елементи когнітивної терапії, надає позитивний вплив на клінічний перебіг захворювання та асоційовані порушення ліпідного обміну.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК HELICOBACTER PYLORI ТА ПРОЯВИВ
ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ, ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО
РЕФЛЮКСУ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНАХ ШЛУНКА**
Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Сімонова О. В., Ошмянська Н. Ю.,
Бочаров Г. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета дослідження: вивчити клінічні прояви у хворих із передраковими станами слизової оболонки (СО) шлунка за симптомокомплексами гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР), синдрому епігастрального болю (СЕБ), постпрандіального дістрес-синдрому (ПДС) у взаємозв'язку із *Helicobacter pylori* (НР).

Матеріали та методи. Обстежено 79 хворих, які за результатами морфологічного дослідження біоптатів шлунку розділені на три групи: 1 група – атрофічні зміни СО шлунка – 10 осіб; 2 група – кишкова метаплазія (КМ) в антральному відділі (АВ) шлунка – 19 пацієнтів; 3 група – тотальна КМ – 39 хворих, 4 група – хворі із дисплазією СО шлунка – 11 осіб. Для оцінки клінічної картини усі симптоми хворих були згруповані у симптомокомплекси, характерні для ГЕР та для функціональної диспепсії з визначенням двох синдромів: ПДС та СЕБ згідно Римських критеріїв. Наявність НР визначали цитологічним методом.

Результати. У пацієнтів 1-ї групи провідними є прояви ГЕР, інтенсивність якого була у цих хворих максимальною, та ПДС, інтенсивність якого дорівнювала іншим групам, за виключенням хворих із дисплазією. Вираженість СЕБ у цій групі була мінімальною, як порівняно із ГЕР та ПДС – у 3,4 разу та у 3,4 разу ($p < 0,05$, $p < 0,05$ відповідно), так і порівняно із СЕБ у 2-ї групі – у 2,1 разу ($p < 0,05$). У хворих 2-ї групи визначається менша інтенсивність ГЕР, зростає вираженість СЕБ, але провідним залишається ПДС. У 3-й групі провідний симптомокомплекс ПДС за інтенсивністю у 1,3 разу та 2,2 разу вищий, порівняно із ГЕР ($p > 0,05$) та СЕБ ($p < 0,001$). Група 4 має найвищий бал інтенсивності ПДС, що у 4,1 разу перевищує СЕБ ($p < 0,05$). Друге місце у цій групі, як і у 2-ї та 3-ї, посідають прояви ГЕР. У цілому, 4-а група має найвищий сумарний бал інтенсивності симптомів. Симптом болю в епігастрію натще або вночі у хворих 2-ї групи реєстрували у 3,1 разу ($p < 0,05$), а у хворих 3-ї групи – у 2,9 разу частіше ($p < 0,05$), порівняно із пацієнтами 1-ї групи. Скарги на відчуття переповнення шлунку після їди були характерними для пацієнтів 4-ї групи і у 2,4 разу перевищували інтенсивність такої скарги порівняно із хворими 1-групи ($p < 0,05$). НР виявляли лише у 30,8 % пацієнтів 3-ї групи, що майже дорівнювало частоті виявлення 1-ї групи, що втричі частіше порівняно із 2-ю та 4-ю групами.

Висновок: наявність проявів СЕБ, ПДС та ГЕР у пацієнтів із атрофічними та перебудовними змінами СО не мають тісного зв'язку із наявністю НР, що потребує подальшого вивчення причин їх розвитку.

СВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лазиди Е. Л.

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

Цель: изучить влияние ожирения и избыточной массы тела на показатели кардиогемодинамики у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СФВЛЖ).

Материалы и методы исследования: В исследование был включен 81 пациент с ХСНII–III ФК и СФВЛЖ в возрасте от 39 до 89 лет. Разделение пациентов на группы проводилось в зависимости от индекса массы тела (ИМТ), который был рассчитан по формуле $I = \frac{m}{h^2}$, где m — масса тела в килограммах; h — рост в метрах, согласно действующих рекомендаций.

Уровень качества жизни пациентов оценивали согласно Миннесотского опросника качества жизни больных с ХСН. Статистическую обработку данных проводили при помощи статистического SPSS 17.0. Статистически значимыми отличия данных и корреляция между ними считали при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение:

Анализ полученных данных выявил, что показатели качества жизни согласно Миннесотского опросника возрастали по мере увеличения ИМТ, что отражало ухудшение качества жизни больных с ХСН и СФВЛЖ, у которых был избыточный вес или ожирение. Наблюдалась тенденция к увеличению ЧСС по мере нарастания ИМТ, достигавшая критерия достоверности у пациентов с избыточной массой тела и ожирения по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Показатели систолического и диастолического АД у больных с ХСН достоверно превышали таковые у лиц контрольной группы, однако связи уровня АД с ИМТ выявлено не было, хотя отмечалось незначительное повышение диастолического АД у лиц избыточной массой тела и ожирением. Тест 6-мин ходьбы оказался более высоким у пациентов с нормальной массой тела, однако у всех больных он был достоверно ниже по сравнению с таковым у лиц из контрольной группы.

Выводы: По мере нарастания ИМТ у данных больных наблюдалась тенденция к возрастанию ЧСС, уровней систолического и диастолического АД, снижению толерантности к физической нагрузке и параметров качества жизни, достигавшая критерия достоверности у пациентов с избыточной массой тела и ожирением по сравнению с группой контроля.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВАРФАРИНА

Левашова А. И., Молодан В. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность: Сегодня варфарин — один из наиболее востребованных антикоагулянтов в мире. Он занимает в американском рейтинге лекарств 11-е место. Однако, его применение сопряжено с определенными рисками: геморрагические осложнения встречаются приблизительно у 8% пациентов на протяжении года.

Цель: Изучить особенности применения варфарина, тактика при кровотечении, индуцированном данным препаратом.

Пациентка Я., 65 лет, в анамнезе у которой имеется механическое протезирование аортального и митрального клапанов 28.09.2016 года, а также пароксизмы тахисистолической фибрилляции предсердий, принимает варфарин для профилактики кардиоэмболических осложнений в дозе 5 мг 1 раз в сутки ежедневно. Со слов, контролирует МНО в пределах 2,5-3,5. В плановом порядке пациентке проводится операция — экстракция зуба на нижней челюсти. Сопоставив риски тромбозов-кровотечений, было принято решение варфарин не отменять. Пациентка Я. в терапии также получала кордарон, а после экстракции зуба — цефтриаксон, которые усиливают действие варфарина. После операции кровотечение из лунки зуба не прекращалось, в терапевтическом отделении был отменен варфарин, проведена повторная тампонада лунки зуба гемостатической губкой, к терапии добавлены: аминакапроновая кислота — 100,0 в/а кап., транексамовая кислота — 10,0 на 200,0 физ. раствора в/в кап., этамзилат — 2,0 в/в 2 раза в день. На 3-и сутки кровотечение усилилось. В анализах: гемоглобин снизился от 125 г/л при поступлении до 88 г/л; протромбиновый индекс (ПТИ) — 21,4%; МНО — 4,68; клинический анализ мочи — микрогематурия. С гемостатической целью: для снижения АД введен р-р MgSO₄ — 5,0 в/в медл., с заместительной целью трансфузия свежезамороженной плазмы крови — 440 мл в/в кап., с целью антагонизма варфарину применены витамин К — 5 мг в/в, произведена хирургическая ревизия и ушивание лунки зуба. Благодаря комплексному подходу кровотечение остановлено, ПТИ — 74%. Был возобновлен прием варфарина в дозе 2,5 мг под контролем МНО, а также введен эноксапарин — 0,4 п/к.

Выводы: На данном клиническом примере мы рассмотрели возможные осложнения применения варфарина. Однако при разумном использовании данного препарата их можно избежать. Что для этого необходимо: правильное назначение препарата, приверженность терапии пациентов, их обучение, коллегиальная ответственность.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ КРИОСТИМУЛЯЦИИ (-120 °С) ТЕЛА НА ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В КРОВИ СТАРЫХ КРЫС

Ломако В. В., *Пироженко Л. Н.

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

**КП «Люботинская городская больница», Украина*

Цель: определение и анализ соотношения различных типов лейкоцитов в периферической крови старых крыс, а также расчет интегральных лейкоцитарных индексов (ИЛИ) после однократной общей криостимуляции (-120 °С) тела (ОКТ).

Материалы и методы: Работа выполнена на половозрелых самцах белых беспородных крыс (20 мес.) с соблюдением всех биоэтических норм при работе с лабораторными животными. ОКТ в течение 90 с ненаркотизированным крысам осуществляли в экспериментальной криокамере для экстремального охлаждения мелких лабораторных животных при -120 °С. Мазок крови обрабатывали фиксатором Май-Грюнвальда и окрашивали гематологическим красителем (по Романовскому), подсчитывали количественно-качественное соотношение типов лейкоцитов, проводили расчет ИЛИ. Статистическую обработку проводили методом Стьюдента-Фишера с использованием программного обеспечения Excel и непараметрической статистики Крускала-Уоллиса.

Результаты: Установлено, что ОКТ при -120 °С в крови у старых крыс способствовала уменьшению общего количества лейкоцитов (с $6,4 \pm 0,3$ до $5,0 \pm 0,3 \cdot 10^9/\text{л}$) и лимфоцитов (с $56,2 \pm 4,8$ до $46,0 \pm 2,1$ %) на фоне увеличения доли сегментоядерных нейтрофилов (с $32,6 \pm 1,99$ до $42,5 \pm 1,4$ %), количества остальных типов лейкоцитов не изменялись. Известно, что повышенный уровень сегментоядерных нейтрофилов на фоне снижения количества лимфоцитов может указывать на физиологические изменения, вызванные перенапряжением организма и стрессом. Расчет ИЛИ позволяет оценить в динамике состояние различных звеньев иммунной системы и неспецифической резистентности организма, не прибегая к специальным методам исследования. Было показано, что однократная ОКТ приводила к активации эффекторного звена иммунной системы, усилению интоксикации и снижению аллергизации организма, а также уменьшению значений индекса адаптации Гаркави.

Выводы: Анализ изменений количественно-качественного соотношения типов лейкоцитов и интегральных лейкоцитарных индексов позволил установить, что однократное действие ОКТ (-120 °С, в течение 90 с) в условиях экспериментальной криокамеры указывает на снижение адаптационных возможностей организма старых крыс и отражает физиологические изменения, связанные с перенапряжением и стрессом.

ТРАНСФОРМАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ОДНОКРАТНОЙ ОБЩЕЙ КРИОСТИМУЛЯЦИИ (-1200С) У СТАРЫХ КРЫС

Ломако В. В., Шило А. В., Коваленко И. Ф.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, Харьков

Цель: оценить влияние однократной криостимуляции (-120°С) тела (ОКТ) на динамику трансформации эритроцитов крови старых крыс.

Материалы и методы: Работа выполнена на 20 мес. самцах белых крыс с соблюдением всех биоэтических норм при работе с экспериментальными животными. ОКТ в течение 90 с ненаркотизированным крысам осуществляли в экспериментальной криокамере для экстремального охлаждения мелких лабораторных животных при -120 °С. Методом малоуглового рассеяния света в суспензии эритроцитов (30% гематокрит) на основании значений уровня осмотической хрупкости определяли их индекс сферичности (ИС) (поверхностно-объемное соотношение). Преобладающие формы эритроцитов соответствовали следующим интервалам ИС: сфероциты (1÷1,3), стоматоциты (1,3÷1,7), нормальные (1,7÷2,1) и уплощенные (2,1÷3) дискоциты. Используя полученные значения обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов, рассчитывали следующие индексы: трансформации, обратимой трансформации, необратимой трансформации и обратимости. Статистическую обработку данных проводили методом Стьюдента-Фишера.

Результаты: Проведение ОКТ у старых крыс способствовало некоторому снижению доли нормальных дискоцитов (с $61,4 \pm 1,1\%$ до $56,1 \pm 3,2\%$) и повышению доли измененных форм за счет стоматоцитов (обратимая форма) (с $27,03 \pm 1,4\%$ до $34,0 \pm 3,6\%$), при этом доля высокорезистентных уплощенных дискоцитов не изменялась. Известно, что любое стрессорное воздействие способствует активации ПОЛ в мембранах эритроцитов, приводя к разрушению нестойких форм клеток, кроме того повышается функциональная активность эритроцитов. Анализ изменения значений индексов трансформации эритроцитов показал, что индексы трансформации и обратимой трансформации повышались (с $0,4 \pm 0,03$ до $0,54 \pm 0,1$ и с $0,38 \pm 0,01$ до $0,53 \pm 0,08$ соответственно), а индекс обратимости, напротив, снижался (с $4,2 \pm 2,7$ до $0,02 \pm 0,02$), индекс необратимой трансформации при этом достоверно не изменялся.

Выводы: Таким образом, изменения соотношения обратимых и необратимых форм эритроцитов, а также динамика значений индексов их трансформации, вызванных однократной криостимуляцией (-120 °С) организма старых крыс в условиях экспериментальной криокамеры, являются показателями уровня компенсаторно-приспособительных реакций эритроцитарного звена крови у старых крыс.

ВПЛИВ ЕКЗОГЕННОГО ОКСИДУ АЗОТУ НА ВИРАЗНІСТЬ ЕНДОБРОНХІАЛЬНОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ

Макарова Г. В., Рекалова О. М., М'ясний І. С.

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології,
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Державне управління справами
КЛ «Феофанія», м. Київ, Україна*

Мета: оцінити зміни ендобронхіального запалення під впливом санаційної бронхоскопії з застосуванням екзогенного оксиду азоту в комплексному лікуванні хворих на хронічний бронхіт.

Матеріали і методи: Обстежено та проліковано 62 хворих на хронічний бронхіт в стадії загострення, серед яких хворі 1 групи (30 осіб, середній вік $52,3 \pm 2,5$ років) одержали санаційні бронхоскопії з інсуфляціями оксиду азоту від апарату «Плазон» протягом 1-2 хвилин, по 5-6 сеансів через день. 32 хворих 2 групи (середній вік $56,2 \pm 2,8$ років) також одержали санаційні бронхоскопії без інсуфляцій оксиду азоту (контрольна група). Хворі обох груп одержали курс антибіотикотерапії (100,0 %), відхаркуючі (100,0 %), бронхолітичні засоби (85,4 %). Ступінь ендобронхіального запалення слизової бронхів у хворих 1 групи дорівнювала в середньому $1,67 \pm 0,21$ ум. од. (за J.Lemoine, 1965), 2 групи – $1,81 \pm 0,25$ ум. од. Робота виконана за рахунок державного бюджету України.

Результати. Після 1-2-й санаційної бронхоскопії всі хворі в обох групах відзначали поліпшення стану: зменшувались кашель, кількість мокротиння, його в'язкість, гнійний характер. Ендоскопічно спостерігалось зменшення або зникнення набряку, гіперемії слизової оболонки бронхів, кількості секрету. Але в 1 групі хворих вже на 3-й бронхоскопії ступінь запалення слизової дорівнювала, в середньому, $1,01 \pm 0,15$ ум. од. ($p < 0,05$), тоді як серед хворих 2 групи – $1,42 \pm 0,20$ ум. од. ($p < 0,05$ відносно 1 групи). К моменту закінчення курсу інсуфляцій в 1 групі хворих ступінь запалення слизової відповідала $0,65 \pm 0,11$ ум. од., серед хворих 2 групи – $1,12 \pm 0,21$ ум. од. ($p < 0,05$ відносно 1 групи).

Висновок. Застосування ендобронхіальних інсуфляцій оксиду азоту в комплексному лікуванні хворих на хронічний бронхіт сприяє більш виразній позитивній динаміці ендобронхіального запалення в комплексній терапії хворих.

ПРОФІЛАКТИКА СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Малик Н. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Судинна деменція (СД) – порушення когнітивних функцій у осіб похилого віку внаслідок невеликих інфарктів головного мозку на тлі гіпертонічної хвороби. Клінічно когнітивні порушення проявляються зниженням пам'яті на поточні події, концентрації уваги, уповільненням мислення, звуженням кола інтересів, часто супроводжуються порушенням поведінки та афективними розладами. Когнітивні порушення можуть бути помірними, а можуть досягати ступеня деменції. Вони обумовлюють якість життя та соціальну адаптацію пацієнтів. Когнітивні порушення спостерігаються при багатьох неврологічних та психічних захворюваннях, ускладнюють перебіг основного захворювання та призводять до десоціалізації пацієнта. На ранніх етапах розвитку вони добре коректуються. Тому своєчасна терапія дає можливість покращити перебіг основного захворювання та запобігти серйозних проблем. В більшості випадків пацієнти з когнітивними порушеннями спостерігаються амбулаторно сімейним лікарем. Госпіталізація необхідна скоріш за все за битовими, чим за медичними показами та залежить від можливостей поліклінічної та соціальної служб.

Первинна та вторинна профілактика СД складається з корекції факторів ризику атерогенеза: атерогенної дисліпідемії, АГ, цукрового діабета, ожиріння, шкідливих навичок, малоактивного образу життя. Вміщує широку санітарно-просвітницьку роботу, спрямовану на покращення знань населення про фактори ризику, а також виявлення груп осіб з високим ризиком розвитку даної патології.

Ангіопротекторна антигіпертензивна терапія є основним засобом зниження гострих та хронічних цереброваскулярних ускладнень.

Комплексний підхід до вторинної профілактики СД у осіб з підвищеним її ризиком передбачає призначення антигіпертензивної терапії (комбінацію блокаторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та кальцієвих каналів), антиагрегантів (аспірину, клопідогрелю, дипиридамолу), при частих пароксизмах або за наявності постійної форми фібриляції передсердь – варфарин; статинів, нейрометаболічних препаратів (ноотропів, ангіопротекторів, препаратів, що покращують мікроциркуляцію). Також для лікування когнітивної дисфункції застосовують інгібітори ацетилхолінестерази (галантамин, ривастігмін), антиоксиданти (вітамін Є, цитофлавін), антагоністи рецепторів NMDA (мемантин), препарати інших груп (нейропептиди, цитиколін, серміон, екстракт гінґко білоба, пірацетам, нимодипін, вінкамін).

Таким чином, головна задача сімейного лікаря – рання діагностика та корекція змін, які можуть призвести до виражених когнітивних порушень.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЕКГ У ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Зубко М. І.,
Спирidonov А. В.

*Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології
ім. В.Я. Данилевського НАМН України» (ДУ ІПЕП), м. Харків*

Патологія серцево-судинної системи (ССС) є одним з коморбідних станів, широко розповсюджених серед пацієнтів з захворюваннями ендокринної системи. У більшості випадків у науковій літературі обговорення цього аспекту стосується переважно цукрового діабету та гіпертиреозу. Суттєво в меншій мірі розглядаються проблеми гіпотиреоїдного стану. Перше місце у клінічній маніфестації гіпотиреозу посідають серцево-судинні прояви та порушення обміну ліпідів, при чому механізми ураження ССС при гіпотиреозі носять мультифакторний характер і причини високого кардіоваскулярного ризику до кінця не з'ясовані.

Мета: оцінити стан серцевої функції у щурів в процесі створення моделі експериментального мерказолілового гіпотиреозу.

Матеріали і методи: Дослідження проведено на статевозрілих самцях щурів з експериментальним гіпотиреозом (2 місяці перорального введення мерказолілу щоденно у дозі 10 мг/ кг маси тіла). Вплив гіпотиреоїдного стану на функціональний стан серцево-судинної системи у експериментальних тварин оцінювали по показникам електрокардіограми, що реєстрували у другому стандартному відведенні від кінцівок.

Результати: Встановлено, що у щурів з гіпотиреозом протягом усього терміну спостережень відмічається значуща брадикардія. Зниження частоти серцевих скорочень коливається в межах мінус 22÷28 % від контрольних значень, ($P \leq 0,05$). В усіх експериментальних тварин спостерігається нормальний синусів ритм, який підтверджується наявністю зубця Р, що фіксували перед кожним комплексом QRS. Показники ЕКГ у щурів при експериментальному гіпотиреозі мають односпрямовані закономірні для низького тиреоїдного фону зміни, що виражаються в збільшенні інтервалів RR, PQ, QT, комплексу QRS, зниженню вольтажу зубців Р, R в особливості Т.

Висновок: Зменшення за умов гіпотиреозу частоти серцевих скорочень та функції скорочення серцевого м'яза відображають формування пристосування до умов дефіциту тиреоїдних гормонів. Патологічні зміни кардіограми вказують на те, що гормони ЩЗ мають значний прямий та опосередкований вплив на серцево-судинну систему, для її нормального функціонування при тиреоїдній дисфункції необхідно досягнення компенсації стану гіпофізарно-тиреоїдної вісі.

ОЦІНКА СТАНУ КОАГУЛЯЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Курилко Ю. С.,
Зубко М. І.

*Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології
ім. В. Я. Данилевського НАМН України» (ДУ ІПЕП), м. Харків*

Відомо, що рівень тиреоїдних гормонів є суттєвим фактором, що активно впливає на систему згортання крові. Дисфункція щитовидної залози (ЩЗ) відзначається на балансі між коагуляцією та фібринолізмом, підвищуючи ризик тромбозів при гіпер- та кровотеч – при гіпотиреозі. Причини, які лежать в основі високої смертності від судинної патології при захворюваннях ЩЗ, залишаються до кінця не вивченими. На сьогодні немає єдиної думки про механізми гемостатичних змін.

Мета: оцінити наслідки впливу гіпофункції ЩЗ на ряд показників, що характеризують баланс між коагуляцією та фібринолізмом у системі гемостазу щурів при створенні моделі експериментального гіпотиреозу.

Матеріали і методи: Дослідження проведено на статевозрілих самцях щурів з експериментальним гіпотиреозом (2 місяці щоденного перорального введення мерказолілу у дозі 10 мг/ кг маси тіла). Стан тиреоїдної системи та показники гемостазу оцінювали через 7 діб, 1 та 3 міс. після закінчення введення тиреостатика. Концентрацію фібрину в плазмі крові визначали за допомогою стандартних тест-наборів «Тех-Фибриноген-тест», активований парціальний тромбoplastиновий час визначали за допомогою набору реагентів «АПТЧ (АЧТЧ)-тест», протромбіновий час – з використанням набору реагентів «Техпластин-тест» ТОВ фірма «Технологія-Стандарт», Росія)

Результати: Введення мерказолілу викликало у щурів стабільне зниження тиреоїдної функції, яке зберігалось протягом 1 – 3 міс. спостережень. У щурів з експериментальним гіпотиреозом протягом першого місяця експерименту спостерігалось виразне (більш, ніж на третину) зростання рівня фібриногену, яке супроводжувалося співвідносним з цим показником подовженням протромбінового часу та активованого часткового тромбoplastинового часу. Таким чином, наряду із підвищенням активності коагуляційної ланки гемостазу (збільшення кількості фібриногену, що лімітує утворення тромбів), паралельно відмічалось і значне зростання фібринолітичної активності плазми, тобто, і здатності до їх розчинення. Описані розлади кровообігу у щурів з експериментальним гіпотиреозом набирали незначущих відмінностей від контрольних значень лише до 3 міс. спостережень.

Висновок: У тварин з гіпотиреозом спостерігається розбалансування обох ланок коагуляційного гемостазу, що може призводити до зростання ризику кровотеч.

ПРЕМОРБІДНІ ФАКТОРИ ЯК МАРКЕРИ ДЕБ'ЮТУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Маркозова Л. М.

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

Важливу роль у формуванні алкогольної залежності (АЗ) як хвороби відіграють соціальні (Л.М. Маркозова, 1999; Москаленко Д.В., 2002; ін), психологічні (Л.Ф. Шестопалова з співав., 2012; Л.М. Маркозова, 2017; ін.) та медико-біологічні фактори (Ю.О. Мануйленко з співав., 1996; С.Н. Минаков, 2009; А.И. Минко, И.В. Линский, 2004; ін), які певним чином залежать від сучасного етапу розвитку суспільства.

Мета: провести аналіз преморбідного статусу осіб із АЗ з постстресовими розладами (ПСР).

Методи: анамнестичний, аналітичний, статистичний.

Обстежені хворі на АЗ з ПСР ($n=17$) та практично здорові особи (КГ) ($n=10$) з середнім віком ($40,06\pm 1,75$) р та ($39,00\pm 3,20$) р відповідно.

Результати: встановлено, що у повній родині виховувалися 88,6% осіб КГ та 52,9% осіб з АЗ, 17,4% осіб з АЗ виховувалися матір'ю, а 5,9% – родичами. Відношення між батьками серед осіб з АЗ були постійно конфліктними (11,7%) та нерівними (52,9%). Стан матеріального становища (МС) у осіб обох груп був середнім, лише в 5,9% випадків у осіб з АЗ – поганим. Обстежені обох груп відмітили нормальний фізичний розвиток у дитинстві; у осіб з АЗ у дитинстві спостерігалися психічні девіації невротичного регістру (11,7%) та психопатія (5,9%). Середня кількість років навчання серед осіб АЗ складала ($13,41\pm 0,58$) р проти ($17,70\pm 0,70$) р у осіб КГ ($p<0,05$). Успішність у школі була відмінною (30,0% осіб КГ та 11,7% осіб з АЗ) та доброю (60,0% та 23,5% відповідно). Стійкі інтереси відмітили всі обстежені КГ та 58,8% осіб з АЗ, нестійкі були лише у 17,6% осіб з АЗ, у решти – без особливостей. Всі обстежені мали позитивне ставлення до праці, окрім 11,7% осіб з АЗ, які мали нестійке; у осіб з АЗ не було професійних навичок (5,9%) та офіційного працевлаштування (29,4%); матеріальну допомогу від родичів отримували 35,3% осіб з АЗ. Серед осіб з АЗ 11,7% відмітили антисоціальні вчинки. На обтяжену спадковість вказали 64,7% осіб з АЗ проти 20,0% осіб КГ. Загальна сума балів за блоком “Преморбід” складала ($73,80\pm 1,76$) бали серед осіб КГ та ($57,29\pm 2,54$) серед осіб з АЗ ($p<0,01$).

Висновок. Дебюту АЗ у осіб з АЗ із ПСР сприяли такі преморбідні фактори, як: виховання в неповній родині; конфліктні відношення між батьками; середній/низький стан МС; незадовільна успішність в школі; обтяжена спадковість (у осіб з АЗ в 3,23 рази більше, ніж у осіб КГ) ($p<0,05$); нестійкість інтересів; психічні девіації в дитинстві; непрацевлаштованість, наявність антисоціальних вчинків ($p<0,05$).

СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ЯК КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Маркозова Л. М.

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

Соціальні умови впливають на якість життя (ЯЖ) людини, а особливо на ЯЖ залежної від психоактивних речовин людини (Л.М. Маркозова, 2004; 2017). В умовах проведення антитерористичної операції в Україні поряд із психологічним навантаженням у населення спостерігається і погіршення соціального функціонування.

Мета: провести аналіз соціального статусу осіб із АЗ з постстресовими розладами (ПСР).

Методи: анамнестичний, аналітичний, статистичний.

Обстежені хворі на АЗ з ПСР (n=17) та практично здорові особи (КГ) (n=10) з середнім віком (40,06±1,75) р та (39,00±3,20) р, відповідно.

Результати: встановлено, що в шлюбі перебували 58,8% осіб з АЗ та 70,0% осіб КГ; 23,5% осіб з АЗ проживали разом з батьками, а 30,0% осіб КГ – на самоті. Мають дітей 29,4% осіб з АЗ та 80,0% осіб КГ. У більшості випадків дружини не вживали алкоголь (у 82,3% осіб з АЗ та 80,0% осіб КГ). Серед осіб з АЗ сімейні відносини були помірно-конфліктними (35,2%) та середнє конфліктними (41,1 %) проти нормальних у осіб КГ (100,0%). Серед осіб з АЗ незакінчену вищу освіту мали 11,7%, середнє-технічну – 41,1 %, незакінчену середню освіту – 11,7 %; решта осіб з АЗ та особи КГ мали вищу освіту. Працевлаштовані всі особи КГ та 88,2% осіб з АЗ. Були засуджені та відбували покарання 5,9% осіб з АЗ. У осіб з АЗ визначався високий (64,7%) та середній (35,2%) рівень соціальних інтересів; в КГ – високий (100,0%). Ставлення родичів осіб з АЗ до вживання ПАР індиферентне (11,7%), активна протидія (38,3%), решта не схвалює вживання ПАР. Професійні навички та інтереси у осіб з АЗ частково (5,9%) або повністю втрачені (5,9% осіб); у решти обстежених професійні навички збережені. Ставлення до праці творче у всіх осіб КГ, у осіб з АЗ – творче (29,4% осіб), активне (64,7%), байдуже-пасивне (5,9%). Загальний середній бал за особливості соціального статусу та соціальних наслідків становить (38,50±0,86) бали серед осіб КГ та (29,94±1,62) бали серед осіб з АЗ (p<0,01).

Висновок. Розвитку хвороби у осіб із АЗ з ПСР сприяли наступні соціальні фактори: проживання з власною родиною або з батьками; наявність дружини, яка не вживала алкоголь; конфліктні відносини в родині; низький рівень соціальних інтересів; середній/низький рівень освіти; втрачені/частково втрачені професійні навички та інтереси; байдуже-пасивне ставлення до праці (p<0,05).

СТУПІНЬ ДЕМЕНЦІЇ У ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Маркозова Л. М.

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

Актуальність проблеми когнітивних розладів, а особливо деменції (Д), неухильно зростає у зв'язку з демографічними тенденціями, які відбувалися в світі протягом останнього десятиліття (Т.С. Мищенко, 2017; ін.). За даними популяційних досліджень, що проведені в країнах Європи, на Д страждають 5% населення до 65 р, та 25% після 85 років. Серед всіх Д алкогольна складає 10% (R.J. Hervey et all, 2003) і займає 4 місце. Згідно даних офіційної статистики МОЗ України зареєстровано 20 тис пацієнтів з різними формами Д, що є важким економічним тягарем для суспільства.

Мета: вивчити ступінь Д у осіб із алкогольною залежністю (АЗ) з постстресовими розладами (ПСР).

Методи: клініко-анамнестичний, аналітичний, статистичний.

Обстежені хворі на АЗ з ПСР (n=17) з середнім віком (40,06±1,75) р.

Результати: встановлено, що середня кількість років навчання серед обстежених складала (13,41±0,58) р, успішність у школі була відмінною та доброю у 34,2% осіб. Професійні навички та інтереси були втрачені частково/повністю у 11,8% осіб; у 5,9% ставлення до праці було байдуже-пасивним. Виявлено, що перша спроба алкоголю відбувалася в (15,38±0,57) р.; кількість вжитого алкоголю 0,5 -1,0 л горілки; тривалість формування стану відміни алкоголю (СВА) складала (2,62±0,86) р., давність захворювання – (3,59±0,57) років. Ступінь вираженості СВА до лікування складала (21,85±1,06) балів, після лікування - (0,15±0,15) (р<0,05). Амнезія токсичного генезу спостерігалась у 23,08% осіб. Проходили лікування 66,6% осіб. Критика до захворювання була відсутньою у 35,29 % осіб, у решти - частково збережена. За тестом AUDIT загальна кількість балів у обстежених була (32,12±1,33), що підтверджує наявність АЗ. Встановлено, що деградація 1 ступеню, яка виражалась частковим зниженням нормативної ціннісної орієнтації, відчуття відповідальності, боргу, сорому, появою брехливості, грубості, позерства, непостійності; погіршенням пам'яті, концентрації уваги, швидкою психічною виснаженістю, зниженою/фрагментарною критикою до захворювання, підвищеною самооцінкою, роздратованістю, скандальністю, емоційною лабільністю, появою тривоги, дистимій, втратою тонких емоцій, тощо, спостерігалась у 94,1% осіб, у решти - деградація 2 ступеню, яка відповідала середньої вираженості морально-етичних, інтелектуально-мнестичних та емоційних порушень та часткову соціальну дезадаптацію.

Таким чином, серед обстежених осіб з АЗ з ПСР переважно спостерігалась деградація 1 ступеню, що надає змогу при правильній терапевтичній тактиці відновлювати когнітивні функції головного мозку.

САРКОПЕНІЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Масік Н. П., Каландей К. Я.

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

Мета: оцінити частоту та вираженість саркопенії у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали та методи. Обстежено 63 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) віком $73,76 \pm 6,18$ років. З них 71,43 % жінок і 28,57 % чоловіків. У 71,43% осіб діагностовано II стадію ГХ, у 28,57 % осіб – III стадію артеріальної гіпертензії. Діагноз саркопенії встановлювали на основі критеріїв EWGSOP (2010) за наявності зниження м'язової маси (окружність гомілки <31 см), сили (<20 кг для жінок і <30 кг для чоловіків) та функції ($<0,8$ м/с). Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програми “Statistica 6.1”.

Результати. За показником індексу маси тіла (ІМТ) 31,75 % хворих з ГХ мали нормальну масу тіла, у 28,57 % діагностовано передожиріння, у 39,68 % осіб – ожиріння: 26,98 % – ожиріння I ступеня, 9,52 % – ожиріння II ступеня, 3,18% – ожиріння III ступеня. Серед жінок ожиріння встановлено у 35,55% осіб, серед чоловіків – у 50,0 % осіб. Округність гомілки у жінок складала $32,29 \pm 5,41$ см, у чоловіків – $34,17 \pm 4,31$ см ($p > 0,05$). Встановлено кореляційний зв'язок між ІМТ та округністю гомілки у жінок ($r = 0,87$) та чоловіків ($r = 0,41$). У 48,9 % жінок виявлено зниження округності гомілки, з них 31,11 % жінок з нормальною масою тіла та 15,56% з передожирінням. Серед чоловіків зниження округності гомілки виявлено у 22,22 % осіб, з них 11,11 % з нормальною масою тіла та 5,56 % – з передожирінням. Зниження функціональної здатності скелетної мускулатури відмічено у 77,78 % обстежених жінок та 55,56 % чоловіків. Швидкість ходи становить відповідно $0,63 \pm 0,09$ м/с та $0,60 \pm 0,08$ м/с ($p > 0,05$). Зниження швидкості ходи відмічено у 65,0 % осіб з нормальною масою тіла, у 77,78 % осіб з передожирінням та у 72,0 % осіб з ожирінням. Сила кисті знижена у 88,89 % жінок та 61,11 % чоловіків. Середнє значення динамометричних показників становить відповідно $8,7 \pm 5,7$ кг та $18,64 \pm 5,25$ кг ($p < 0,001$). Зниження сили кисті виявлено у 93,75 % жінок з нормальною масою тіла, у 84,62 % з передожирінням, 87,5 % – з ожирінням. Серед чоловіків сила кисті знижена у 75,0 % осіб з нормальною масою тіла, у 60,0 % з передожирінням та у 55,56 % з ожирінням. встановлено кореляційні зв'язки між віком і показниками кистьової динамометрії у жінок ($r = -0,53$), у чоловіків ($r = -0,18$); та швидкістю ходи ($r = -4,0$) у жінок, ($r = 0,35$) – у чоловіків. Таким чином, пресаркопенія виявлена у 1,59 % пацієнтів, саркопенія – у 4,76 % осіб, важка саркопенія – у 34,92 % хворих з ГХ.

Висновок: саркопенія діагностовано у 41,27 % хворих на ГХ, з них у 44,44% осіб з II стадією та у 33,33 % осіб з III стадією ГХ.

ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ ЯК ВТОРИННИЙ ІМУНОДЕФІЦИТ

Мацак Д. Ю., Міщенко В. А., Торяник І. І.

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

Останніми роками генералізовані та рецидивуючі форми герпетичної інфекції (ГІ) зустрічаються у здорових людей, з анамнезом без даних щодо первинного або вторинного імунодефіциту. Оцінка імуного статусу хворих з різноманітними формами ГІ виявила у них певні імунологічні порушення, що дозволило розглядати це захворювання як вторинний імунодефіцитний стан. Ця гіпотеза знайшла своє підтвердження. Була доведена здатність збудника ГІ (HSV) персистувати практично у всіх клітинах імуної системи і викликати їх функціональну недостатність з імунодефіцитом. Пошкодження клітин імуної системи починається ще у воротах інфекції з ушкодження клітин Лангерганса, лімфоцитів, макрофагів. Поряд з цим, HSV ушкоджує сполучнотканинні, стовбурові, лімфоїдні клітини та клітини мієлоїдного ряду. Цю стадію інфекційного процесу відносять до регіональної. Вона завершується колонуванням регіональних лімфатичних вузлів, при цьому компенсаторні функції імуної системи не пошкоджуються, а клітини епітелію рогівки, шкіри та слизових оболонок стають одночасно як воротами інфекції так і клітинами-мішенями, які обумовлюють клінічні прояви ГІ. Завдяки цьому, часто складається хибне враження, що патологічний процес має локальний характер. Однією з особливостей регіонарної стадії є періодична дисемінація вірусу. Механізм цієї дисемінації забезпечується репродукцією вірусу в епітелії ектодермального походження, завдяки чому вірус потрапляє в клітини тих тканин, де може здійснюватися персистенція або навіть певна частина реплікативного циклу, але які в силу захисних функцій організму поступово звільняються від вірусу. Процеси, котрі відбуваються в регіонарній стадії інфекції, не обмежуються тільки дисемінацією HSV. В цей період поступово накопичуються патологічні фактори, які потім визначають перехід інфекційного процесу в у стадію генералізації. Для стадії генералізації інфекції властиве зниження захисних функцій бар'єрів та імуної системи в цілому. Як відомо, вірусна інвазія контролюється в імунокомпетентному організмі системою інтерферонів, групою специфічних імуноглобулінів, що продукуються імунопродуцентами, кілерними клітинами. У дітей з рецидивуючою герпесвірусною інфекцією рівень γ -інтерферонів має значну перевагу над α -інтерферонами. Специфічні протигерпетичні антитіла, що належать до класу короткоживучих низько-авідних IgM, сприяють низькій активності протівірусних суперактивних специфічних кілерних Т-клітин. Таким чином, HSV здатний до реплікації в клітинах різних органів і систем та пошкоджувати практично усі імунні клітини.

СТИСЛИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПЕРВИННОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Мацак Д. Ю., Міщенко В. А., Торяник І. І.

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

В клінічній практиці захворювання, спричинені HSV, розподіляють на первинну та повторну (рецидивуючу) герпетичну інфекцію (ГІ). Первинний герпес - це захворювання, яке виникає при першому контакті людини з HSV. Повторна герпетична інфекція (рецидивуюча) - спостерігається у дітей, які раніше перенесли первинну герпетичну інфекцію. Первинним герпесом страждають переважно діти у віці від 6 місяців до 3 років Згідно з даними літератури, у 80-90% дітей раннього віку первинне інфікування HSV трапляється саме у віці від 6 місяців до 3 років і залишається недиагностованим. У решти дітей (10-20%) - реєструються клінічні прояви хвороби на тлі загальноінфекційного синдрому. Первинний герпес може перебігати у вигляді локалізованої форми (ушкодження шкіри, кон'юнктиви та рогівки очей, слизової оболонки ротової порожнини) або генералізованої інфекції, якій притаманне пошкодження внутрішніх органів та головного мозку. Локалізовані форми герпеса відрізняють по місцезнаходженню пошкоджень (шкіра, слизові оболонки, очі). Герпетична інфекція шкіри - дуже розповсюджена форма захворювання серед дітей. Найбільш часто висип локалізується на губах, шкірі носа, але може виникати і на інших ділянках – шкірі обличчя, тулуба кінцівок. Слід відзначити, що коли герпетичний висип з'являється в незвичайних місцях, він рідко діагностується. Іноді у дітей значний герпетичний висип на губах симулює синдром Stevens-Johnson'a. На думку дослідників, важливим клінічним симптомом, який відрізняє ці два захворювання, є наявність некротів епітелію слизової оболонки при синдромі Stevens-Johnson'a та їх відсутність при герпетичному висипі. Ще одну форму шкірного герпеса називають виразково-некротичною. Вона перебігає на тлі тяжкого імунодефіциту у хворих на ВІЛ-інфекцію, а також у онкологічних, гематологічних хворих, що отримують імунодепресанти, цитостатичні препарати, проміневу та хіміотерапію. На шкірі цих хворих, в місцях де раніше спостерігався герпетичний висип, утворюються виразки розміром від 2 см та більше. Г шкіри у дітей може перебігати у вигляді поліморфної еритеми. Під спостереженням знаходилось 20 дітей, у віці від 1 до 16 років, хворих на поліморфну еритему. ГІ в анамнезі спостерігалась тільки у 10 з 20 дітей. За допомогою ПЛР були обстежені біоптати з пошкоджених ділянок шкіри 20 хворих дітей. У шкірних біоптатах 16-ти обстежених була знайдена ДНК HSV, що є доказом його етіологічної ролі у розвитку поліморфної еритеми.

ФАКТОРИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Мацак Д. Ю., Міщенко В. А., Торяник І. І.

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

Широкому розповсюдженню ГІ, яка спричиняється HSV першого або другого типу, сприяє ряд факторів. По-перше, HSV може поширюватись усіма відомими шляхами передачі інфекції: контактно-побутовим, повітряно-крапельним, статевим, парентеральним, трансплацентарним, кровно-контактним. По-друге, HSV належить до групи ДНК-вірусів, які здатні до персистенції. Відомо, що персистенція - це еволюційно складений тип взаємовідносин паразита та хазяїна з позиттєвою тривалою, що сприяє збереженню його як біологічного виду, а також підтримує безперервність інфекційного і епідемічного процесів. По-третє, широкому розповсюдженню HSV сприяють відсутність високоефективних противірусних препаратів та засобів специфічної терапії ГІ. Фактична частота неонатального герпеса залишається невідомою, бо цифри, які наводяться країнами, де здійснюється лабораторна діагностика ГІ, значно відрізняються. Наприклад, в США неонатальний герпес реєструється в одному випадку на 3000 пологів, тоді як у Великій Британії - на 30000 пологів. Між іншим, простежується чітка тенденція щодо зростання кількості випадків герпетичної інфекції у дітей. Так, у Швеції за період з 1984 до 1991 рік порівняно з 1977-1984 рр. частота герпетичної інфекції на 100000 новонароджених зросла з 2,35 до 4,56 випадків. Згідно з результатами, що отримані вітчизняними дослідниками, геніралізована герпетична інфекція у померлих дітей першого року життя (на валовому секційному матеріалі) спостерігається в 4,7% випадків. На частоту інфікування HSV дітей раннього віку впливає наявність генітального герпесу у матері. За даними вірусологічного дослідження, він має місце у 1-1,5% вагітних жінок. Передача інфекції від матері до плоду може здійснюватися різноманітними шляхами, але частіше плід інфікується кровно-контактним шляхом під час проходження пологових шляхів матері. Ризик інфікування плода в період пологів підвищується до 40%, якщо в останньому триместрі вагітності мали місце прояви генітального герпесу у майбутньої матері. При наявності генітального герпесу у вагітної жінки вірус може потрапляти до матки через цервікальний канал або трансплацентарно в період вірусемії, що призводить до інтранатального інфікування 0,003-0,05% всіх живонароджених дітей раннього віку. Постнатальне інфікування дітей здійснюється контактно-побутовим шляхом. Вірус може виділятися з слиною або сльозами, через посуд, рушник, іграшки повсякденні предмети при поцілунках. Окрім того, постнатально діти можуть інфікуватись повітряно-крапельним шляхом. Отже, згідно даним літератури інфекція обумовлена HSV відноситься до некеруємих, а частота її виявлення має тенденцію до постійного зростання.

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТА ПРОТИГРИБКОВА ДІЯ ХМЕЛЮ ТА СУЧАСНИХ ХМЕЛЕПРЕПАРАТІВ

Мельник А. Л., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.

Запорізький державний медичний університет МОЗ України
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН»

Серед рослин, які з давніх часів культивуються в Україні, хміль звичайний відрізняється високим рівнем протимікробної активності і його придатність для створення нових лікувальних засобів науково доведено. Хміль звичайний (*Humulus lupulus*) представляє собою багатолітню дводомну рослину, яка відноситься до сімейства конопльових (*Cannabinaceae*) і до порядку кропивоквіткових (*Urticales*). Це одне з найбільш багатих джерел біологічно активних речовин, в тому числі тих, котрі впливають на мікробіоценоз носової, ротової порожнин, шлунково-кишкового тракту. Особливої уваги заслуговують гіркі речовини хмелю, поліфенольні сполуки, а також ефірна олія, які є біологічно активними речовинами (БАР), що обумовлюють фармакологічну активність шишок хмелю. Вищезазначені сполуки хмелю мають особливе значення у фармацевтичному виробництві і науково-практичній медицині. Із продуктів хмелю методом екстракції етанолом та діоксидом вуглецю виділено біологічно активні субстанції, які виявляють високий ступінь протимікробної дії. В шишках хмелю міститься біля 100 сполук, які відносяться до гірких речовин, 70 поліфенолів і більше 250 ароматичних речовин. Завдяки такій різноманітності специфічних речовин та широкому спектру БАР хміль звичайний використовується в народній і науковій медицині. В народній практиці найбільш популярними засобами є настої та відвари з шишок хмелю, які застосовують в якості заспокійливого засобу при безсонні, неврастенії, невралгії, клімактеричних неврозах, епілепсії, головному болю, запамороченнях тощо. Хміль звичайний застосовують самостійно або в комбінації з іншими рослинами для лікування хвороб травного шляху, особливо при гастритах, ентероколітах, захворюваннях печінки та жовчовивідних шляхів, при анорексії. В якості сечогінного засобу відвари застосовують при захворюваннях нирок, циститі, простатиті, при набряках та серцевій слабкості. Як антисептичний, протизапальний та антиасматичний засіб його використовують при кашлі, туберкульозі легень, грипі та інших гострих респіраторних захворюваннях. Відвар шишок хмелю також використовують у вигляді примочок та мазей для лікування радикуліту, захворювань суглобів, опіків, відморожень, інфікованих ран і виразок. Як знеболюючий засіб знайшов застосування місцево порошок з шишок хмелю. Екстракти і настої з шишок хмелю широко застосовують у косметології для лікування дерматитів, для укріплення волосся, при жирній себорей тощо. Широкого вжитку у сучасній лікувально-профілактичній практиці знайшли гелі з широким спектром протизапальних, знеболюючих, протимікробних властивостей.

ТРАДИЦІЙНІ ПРОТИМІКРОБНІ ЗАСОБИ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТОРПІДНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК

Мельник А. Л., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.

Запорізький державний медичний університет МОЗ України
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН»

Серед широкого спектру протимікробних лікарських засобів, які застосовуються місцево з лікувально-профілактичною метою запальних процесів з торпідним клінічним перебігом, найбільшого поширення набули антибіотики, хіміопрепарати та антисептики. Одним із таких препаратів є хлоргексидину біглюконат, який пригнічує життєдіяльність аеробних та анаеробних бактерій, в першу чергу - *Streptococcus mutans* та здобув на сьогодні чергового наукового визнання. Хлоргексидину біглюконат забезпечує виражену бактерицидну дію відносно грампозитивних і грамнегативних бактерій, не впливає на кислотостійкі мікроорганізми, мікробні спори, віруси, гриби і найпростіші, проте - слабо впливає на деякі види *Proteus* і *Pseudomonas*. У медичній практиці для лікування запальних процесів хлоргексидину біглюконат застосовують у різних лікарських формах (гелі, таблетки, розчини, спреї, плівки) як однокомпонентний препарат, так і в комбінації з іншими лікарськими речовинами – метронідазол бензоат, бензидамін, тетракаїн, кислота аскорбінова, хлорбутанол, хлороформ, діоктил сульфосукцинат натрію, кальцію карбонат тощо. Зокрема, для антисептичної обробки каріозних порожнин застосовується досить широкий спектр препаратів, що відносяться до різних фармакологічних груп, однак при їх використанні не завжди вдається отримати стійкий позитивний результат у процесі лікування зазначеної патології. Однією з причин є збереження вірулентної мікрофлори в частково демінералізованому дентині дна каріозної порожнини. У той же час, клінічні дослідження ефективності використання препаратів на основі хлоргексидину підтвердили доцільність їх практичного застосування при лікуванні карієсу. У групі пацієнтів, яких лікували 0,05 % хлоргексидину, спостерігали зменшення кількості стрептококів при висіві з дна каріозних порожнин. Вплив зазначеного препарату подавляв ріст грибів роду *Candida*, але на ентерококи - був незначним. При використанні плівки "Диплен-дента", до складу якої входить хлоргексидин, було виявлено достовірне зниження рівня колонізації карієсогенних видів *Streptococcus mutans*, *S. sanguis* та *S. salivarius*. При цьому також спостерігалось зменшення кількості представників резидентної групи бактерій – ентерококів. Побічна негативна дія препарату, до яких входить хлоргексидину біглюконат, є поява алергічних реакцій (шкірний висип), сухість шкіри, фотосенсибілізація, дерматити.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОМИСЛОВОЇ, СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ТА ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ У СУЧАСНІЙ АНТИБАКТЕРІАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ

**Мельник А. Л., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.,
Макаренко В. Д., Казмірчук В. В., Грищенко М. І.**

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

На теперішній час накопичений великий матеріал щодо впливу рослин і фітопрепаратів на клінічний перебіг, місцевий і загальний імунітет, мікрофлору, обмін речовин та локальні чи генералізовані запальні процеси. Фітопрепарати дозволяють досягти максимальної виразності терапевтичного ефекту, вони одночасно м'яко та безпечно впливають на органи та системи організму, що задіяні в патологічному процесі. До числа таких препаратів, що вважаються не лише лікарською рослинною сировиною, але й промисловою (хміль, льон, хвоя), сільськогосподарською (кріп, петрушка, овес, оливи, кукурудза) відносять кору дуба, вільху, березу, звіробій, шавлію. Їх дія обумовлена процесами дегідратації клітин, осадженням білків і утворенням щільних альбумінових плівок найбільш часто лікарські рослини застосовують як в'язучі і дубильні засоби. У якості кровоспинних, полівітамінних, стимулюючих грануляцію та епітелізацію засобів використовують препарати кропиви для лікування запальних процесів. Окремі із рослинних препаратів знаходять цільове медичне застосування. Так, мускатний горіх, гвоздика, імбир, айр використовують при лікуванні карієсу. Звіробій, селеру, волоський горіх, евкالیпт використовують в якості фунгіцидних засобів. Такі рослин, як флавоноїди, кемпферол, кверцетин, мірицетин мають протизапальну, загальнозміцнюючу, антимікробну дію. Ефіри сахарози і аліфатичні кислоти сприяють усуненню неприємного запаху з рота, а розчини лимонної, ліпосевої, аскорбінової кислот застосовують навіть для лікування карієсу. У зв'язку зі значним збільшенням частоти мікозів в останні роки для їх лікування використовуються значний асортимент протигрибкових фітозасобів (комплексні фітопрепарати на основі чистотілу, календули, левзеї сафлоровидної і смольовки татарської при лікуванні хронічного атрофічного і хронічного гіперпластичного кандидозного запалень ротової порожнини, тощо. Для потреб охорони здоров'я розроблені комплексні препарати на основі софори японської, що мають протизапальну, антимікробну, репаративну, ранозагоюючу дію. З метою профілактики і лікування запальних захворювань широко використовуються комплексні препарати, до складу яких входять такі інгредієнти як масло гвоздики, м'яти, шавлії, фенілсаліцилат, евгенол, екстракти рослинних речовин, соки алое і подорожника.

ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2017 РОЦІ

Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Рябоконе А. І., Дюльдева Т. А.,
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, у 2017 році унаслідок професійних захворювань (ПЗ) потерпіла (П) 51 особа. При цьому у потерпілих було діагностовано 122 ПЗ, тобто у переважній більшості П встановлено діагноз більш одного ПЗ. Як і у попередні роки, найбільшу кількість П у 2017 році зареєстровано у машинобудуванні (М). Відсоток працівників цієї галузі серед потерпілих є достатньо стабільним (становив 84,31% у 2017 р.), в останні роки він перевищував 80, адже М є провідною галуззю промисловості Харківщини. На підприємства з виробництва промбудматеріалів припадало 5,88%, підприємства інших галузей – 9,80%. Значне зменшення кількості потерпілих унаслідок ПЗ у останні роки (86 у 2014 р., 40 і 51, відповідно у 2016 та 2017 р.) потребує додаткових досліджень та аналізу усіх чинників, що впливають на розвиток ПЗ.

У структурі ПЗ найбільша частка доводилась на пилову патологію — 39,34% (48 випадки з 122 вперше встановлених діагнозів щодо ПЗ), у тому числі хронічний бронхіт пилової та токсико-пилової етіології (34,43%) і пневмоконоіози (4,92%). Наступні рангові місця серед нозологічних форм ПЗ займали нейросенсорна приглухуватість – 30,33%, захворювання опорно-рухового апарату – 13,11%, вібраційна хвороба і захворювання верхніх дихальних шляхів – по 7,38%, вегетативно-сенсорна полінейропатія верхніх кінцівок (1,64%). Існуючий розподіл ПЗ щодо нозологічних форм обумовлений як недосконалістю застосовуваних технологій на підприємствах М та регіональними особливостями промисловості Харківщини.

Гендерні особливості професійної захворюваності: серед потерпілих 54,90% - чоловіки та 45,10% - жінки. Рангові місця промислових підприємств щодо кількості потерпілих унаслідок ПЗ: Публічне акціонерне товариство (ПАТ) «Харківський тракторний завод» - 1, Державне підприємство «Електроважмаш» - 2, ПАТ «Турбоатом» - 3, ПАТ «Харківський плитковий завод» – 4.

Таким чином, у 2017 році розподіл нозологічних форм ПЗ та рангові місця промислових підприємств регіону щодо кількості потерпілих унаслідок ПЗ залишалися сталими у порівнянні з попередніми роками.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РЕНΟΣПЕЦИФІЧНОЇ ЕНЗИМУРІЇ ПІСЛЯ ПЕРКУТАННОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМПЛЕКСНОЇ МЕТАФІЛАКТИКИ

Мигаль Л. Я., Нікуліна Г. Г., Сербіна І. Є., Черненко В. В.,
Желтовська Н. І., Черненко Д. В., Клюс А. Л.

Державна установа “Інститут урології Національної академії медичних наук України”, м. Київ

Мета: визначити активність умовно реноспецифічних ензимів N-ацетил-β-D-глюкозамінідази (НАГ) та β-галактозидази (β-Гал) у сечі хворих на фосфорнокислий нефролітіаз (ФКН) після перкутанної нефролітотрипсії при застосуванні комплексної метафілактики.

Матеріали і методи. Обстежено 52 хворих (40-60 рр.) на ФКН, яким виконувалася перкутанна нефролітотрипсія, та 25 практично здорових осіб (контроль). Функція нирок у хворих була збережена, перебіг хвороби не супроводжувався атаками гострого чи загостренням хронічного пієлонефриту. Окрім загальноприйнятої протирецидивної терапії хворі, починаючи з 2-го тижня додатково отримували фітопрепарат. Активність НАГ та β-Гал визначали до видалення конкременту (вихідні дані) та через 2 тижні, 3, 6 та 12 місяців після видалення каменя.

Результати. Встановлено, що вихідні (доопераційні) дані у хворих, що досліджувалися, становили (18.4 ± 0.98) мкмоль/год/ммоль креатиніну для активності НАГ та, відповідно, (13.5 ± 0.93) – для активності β-Гал, що є статистично вірогідно щодо аналогічних результатів у сечі практично здорових осіб ($p < 0,001$). Через 2 тижні після видалення конкременту продемонстровано вірогідне зниження за середніми даними активності β-Гал сечі ($p < 0,05$), яка практично не відрізнялася від даних контролю, та відсутність суттєвих змін активності НАГ порівняно з вихідними даними. В динаміці спостереження має місце поступове зниження активності НАГ сечі порівняно з вихідними даними, а також з даними попереднього дослідження. Так, через 12 місяців після операції активність НАГ становила (13.94 ± 1.98) мкмоль/год/ммоль креатиніну, що є достовірно у порівнянні з вихідними даними ($p < 0,001$) та свідчить про практичну нормалізацію цього показника за середніми даними. За даними індивідуального аналізу через рік після перкутанної нефролітотрипсії нормалізація активності НАГ сечі мала місце у 46 (88,5%) хворих, які не мали рецидиву каменеутворення.

Висновок. Отже, особливості змін рівнів активності НАГ та β-Гал сечі (особливо це стосується активності НАГ) індивідуально у кожного хворого на ФКН протягом року після перкутанної нефролітотрипсії (найбільш небезпечного періоду щодо рецидивування конкрементів) необхідно враховувати як для оцінки функціонального стану каналцевого нефротелію, де переважно локалізовані ці ензими, так і для прогнозування ефективності метафілактичних заходів у цих хворих.

ЗНАЧЕННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Мирончук Л. В., Олефіренко О. В.

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

Актуальність. За оцінкою експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, особи з інвалідністю складають понад 10% загальної чисельності планети. В 2017 р. первинна інвалідність в Україні внаслідок травм зберігає високий рівень (в середньому 4,4 випадки на 10 тисяч населення), на долю виробничого травматизму припадає 0,2-0,3 випадки на 10 тисяч дорослого працездатного населення. Якісна експертна оцінка кожного випадку, яка потребує об'єктивізації результатами променевих методів досліджень, покликана відновити працездатність особи з інвалідністю.

Мета. Об'єктивізувати наслідки поєднаної травми методами променевої візуалізації на основі законодавчої нормативно-правової бази в практиці медико-соціальної експертизи (МСЕ).

Матеріали і методи. Пацієнт К., 1960 р. народження, виконував обов'язки військової служби при перебуванні в країнах, де велись бойові дії (Республіка Афганістан, 1980 р.); за професією машиніст підйомної підземної машини, отримав виробничу травму в 2013 р.; не працює, з 2014 р. по 2016 р., мав III групу інвалідності, 60 відсотків (%) втрати професійної працездатності; з 2016 р. – III група інвалідності, поранення (контузія) пов'язані з виконанням обов'язків військової служби та 60% втрати професійної працездатності - зміна причини інвалідності згідно висновку військової лікарняної комісії по результатам судово-медичної експертизи; направлений Донецьким обласним центром МСЕ в клініку ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» на консультацію з приводу питання встановлення групи інвалідності та втрати відсотків професійної працездатності. Порядок обстеження пацієнта включав детальне вивчення медико-експертної справи, багатокомпонентний аналіз твердого копіювання та електронних носіїв (рентгенограм, комп'ютерних та магнітно-резонансних томограм), з занесенням протоколів променевої візуалізації в медичну карту стаціонарного хворого.

Результати. За консультативним висновком позаштатної загальноінститутської медико-експертної комісії на підставі регламентуючої законодавчої нормативно-правової бази, рекомендовано визначити 25% втрати професійної працездатності за наслідками виробничої травми.

Висновок. Променева візуалізація дозволяє з високою достовірністю об'єктивізувати інтерпретацію та оцінку функціональних порушень в практиці МСЕ.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Милейковский М. Ю.

Клиническая больница, г. Днепр

Цель: изучить патофизиологические механизмы, определяющие течение и лечение диабетической энцефалопатии.

Материалы и методы: клиническое неврологическое и эндокринологическое обследование. Контроль артериального давления (АД), ЭКГ, гликированного гемоглобина, определение уровня депрессии больных.

Нами, обследовано 74 больных сахарным диабетом (СД): 30 мужчин и 44 женщины. Возраст больных 56-68 лет. 1-ю группу составили 36 пациентов, которым впервые в жизни был поставлен диагноз: СД 2 типа средней степени тяжести, компенсированный, 2-ю группу составили 38 больных, страдавших СД 2-3 года – диагноз: СД 2 типа, средней степени тяжести, декомпенсированный. Наиболее частой причиной декомпенсации диабета у пациентов 2 группы были воспалительные заболевания: аденовирусная инфекция, грипп, фарингит, нефрит, пневмонии.

Показатели уровня сахара в крови в 1 и 2 группе не имели достоверных отличий. Обследование включало: клинический осмотр, общий анализ крови, липиды крови, уровень глюкозы крови, гликированный гемоглобин, ЭКГ, измерение АД, определение уровня депрессии при помощи шкалы Гамильтона (HDRS по Hamilton, 1959). Каждый больной был осмотрен дважды: при первичном обращении и через 7-14 дней после начала лечения.

Результаты. В ходе исследования установлено, что у больных 2-й группы значительно чаще, чем у больных 1-й отмечались знаки поражения ЦНС: анизорефлексия, повышение рефлексов по гемитипу, расстройство чувствительности в зонах Зельдера, наличие патологических синкинезий, слабость конвергенции глаз. Уровень депрессии по шкале Гамильтона в 1 группе составил 9 баллов (7 ± 22), во 2-й – 14-20 баллов (16 ± 34), что свидетельствовало о нарастании проявлений депрессии по мере увеличения продолжительности течения СД. Снижение уровня сахара крови в процессе лечения закономерно приводит к снижению АД, уменьшению выраженности синкинезий, способствовало достоверному снижению уровня депрессии по шкале Гамильтона.

Выводы: выявлены маркеры процессов, способствующих развитию диабетической энцефалопатии.

Исходя из проведенного исследования лечение диабетической энцефалопатии должно быть направленно на все звенья патогенеза: противодиабетическую терапию; метаболическую терапию; коррекцию АД; применение антидепрессантов и ноотропных препаратов; вазоактивные препараты; улучшение обмена липидов.

СТЕНОСОЛИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Милейковский М. Ю.

Клиническая больница, г. Днепр

Длительные сжимающие боли в голенях закономерно возникают у 36% - 48% мужчин и женщин старше 50 лет (Я.Ю. Понелянский, 1997, Ю.А. Александровский 2002, Е.В. Подчуфарова, 2010). Одной из наиболее частых причин таких болей является стеносолия, проявляющаяся сжимающими болями в камбаловидных мышцах.

Цель: изучить клинику поражения камбаловидной мышцы – «венозной помпы».

Материал и методы. Обследовано 83 больных, страдающих стеносолией: 46 мужчин и 37 женщин 53-66 лет. Проведены клиническое, рентгенологическое и неврологическое обследования, а также тестирование с помощью тестов: *symptom cheek list pain prediction model* (С.Е. Dionne, 2005) и Мак-Гилловского болевого опросника.

Результаты. В ходе исследования установлено, что боль всегда преобладала в доминантной ноге и оценивалась сенсорной шкалой теста Мак-Гилла как сильная (4-5 баллов), ранговый индекс 7-10 баллов. Боли, как правило, нарастали после работы к вечеру и зачастую замещались чувством тяжести в голенях по утрам. У 88% больных неприятный мучительный характер болей способствовал снижению настроения и работоспособности к вечеру.

Стеносолия в 82% развивалась в доминантной ноге. При пальпации мышцы определялась болезненность, уплотнение камбаловидных мышц, наличие в них миогелозов, преимущественно по наружному краю. Болезненность мышцы всегда усиливалась при определении симптома Ласега. В 47% случаев стеносолия сопровождалась варикозным расширением вен на стороне пораженной камбаловидной мышцы. Прогноз развития боли, осуществленный при помощи теста *Symptom cheeklist back pain prediction model* (С.Е. Dionne, 2005) в части А не превышал 0,444, в части В – был меньше 0,333, что предполагает низкий риск развития длительной инвалидизации, связанной с болью.

Всем больным стеносолией была проведена реабилитационная программа, которая включала: коррекцию стереотипа ходьбы; ортопедические мероприятия; применение компрессионных гольф или колгот; массаж ног; постизометрическую релаксацию; мануальную терапию; прегабалины; НПВН в область миогелозов поврежденной мышцы; тизанидин; витаминотерапия; биофлавоноиды; аппликации димексида в сочетании с венотониками; физиотерапевтические мероприятия. Положительный долгосрочный эффект достигнут в 97% случаев.

Выводы: стеносолия способствует развитию варикозного расширения вен; разработанная программа реабилитации способствует длительному положительному эффекту в 97% случаев.

ІНГІБІТОР АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНА 1 ТИПУ ЯК ПРЕДИКТОР ВИНИКНЕННЯ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Мінухіна Д. В., Бабаджан В. Д., Гріднєва О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета. Визначити роль інгібітора активатора плазміногена 1 типу (ІАП-1) у розвитку повторного інфаркта міокарда у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу протягом 6-місячного терміну спостереження після перенесеного гострого інфаркта міокарда.

Матеріалі та методи дослідження. У дослідженні прийняли участь 130 хворих, серед яких 44 жінок (33,85%) та 86 чоловіків (66,15%). Усіх пацієнтів було поділено на групи: основна — 73 хворих на ГІМ із супровідним ЦД 2 типу (серед них — 43 чоловік, 30 жінок, середній вік хворих $62,73 \pm 1,39$ років); порівняльна — 57 хворих на ГІМ з відсутністю ЦД 2 типу (43 чоловіки і 14 жінок, середній вік $63,98 \pm 1,47$ років); контрольна група — 20 практично-здорових осіб (серед них 10 чоловіків і 10 жінок, $60,85 \pm 1,37$ років). Рівень інгібітора активатора плазміногена 1 типу імуноферментним методом з використанням комерційних тест-систем Technoclone PAI-1 ELISA Kit (Австрія). Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету "Statistica 6,0" (StatSoft Inc, США).

Результати. За результатами дослідження було встановлено, що у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу рівні інгібітора активатора плазміногена 1 типу перевищували такі у хворих без цукрового діабету на 19,2% ($p < 0,05$). Середній рівень ІАП-1 у хворих з цукровим діабетом 2 типу дорівнював $63,15 \pm 1,48$ нг/мл [72,23;12,19]. За допомогою ROC-аналізу було встановлено, що при рівні ІАП $> 68,59 \pm 6,59$ нг/мл можна прогнозувати виникнення повторного інфаркта міокарда у хворих протягом 6-місячного терміну спостереження після перенесеного інфаркта міокарда на тлі супутнього цукрового діабету 2 типу.

Висновки. За наявності цукрового діабета 2 типу у хворих на гострий інфаркт міокарда спостерігається гіперактивність маркера тромбозу інгібітора активатора плазміногена 1 типу.

Рівень ІАП-1 $> 68,59 \pm 6,59$ нг/мл є предиктором розвитку повторного інфаркта міокарда протягом 6-місячного терміну спостереження після перенесеного гострого інфаркта міокарда у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

МАКРОМІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОГО МОЗКУ ДІТЕЙ, ПОМЕРЛИХ ВІД ГОСТРОГО НЕЙРОСИНДРОМУ

Міщенко В. А., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мацак Д. Ю.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН»,
Київський медичний університет*

На сьогодні в етіологічній структурі гострих та хронічних енцефалітів та менінгоенцефалітів провідне місце посідає гостра вірусно-бактеріальна інфекція (ГВБІ). Її справедливо вважають найбільш розповсюдженою причиною гострих некротичних форм запалень мозку у осіб різних вікових категорій та виважено називають серйозною загрозою клініки дитячих нейроінфекцій. Проте, поліморфізм клінічних проявів, спроможність вірусу, який знаходиться у асоціації із бактеріями та активно персистує у тканині головного мозку, призводить до зниження ефективності реєстрації ГВБІ. Викликає зрозумілий подив спеціалістів і той факт, що її адекватна діагностика залишається по за увагою практиків. Особливе занепокоєння виникає тоді, коли "помилки діагностики" викриваються лише у разі патологоанатомічних досліджень і етіологія процесу виринає у виключно безапеляційній формі. З огляду на це було започатковане представлене дослідження. У результаті макроскопії встановлено, що тверді мозкові оболонки блискучого перламутрового, світло - лілового кольору, вільні, обо цільно зрощені з кістками черепа. М'які оболонки головного мозку помірно та помітно (від 0,5 до 0,7 см) утовщені, тмяні, мутні, відслоні. В зонах лобного та тім'яного полюсів, верхньо-латеральної поверхні мозку рясно розшаровані гнійним світло-жовтим, зелено-жовтуватим ексудатом у напрямку великих судин. Судини розширені, різко повнокровні, гладкі на дотик, з темною густою кров'ю на розтині. Чисельні петехіальні крововиливи з тенденцією до злиття у відрізнялись формуванням достатньо об'ємних за розмірами зон. Локалізація останніх переважно орієнтована на верхньо - латеральну, у меншій мірі, — базальну поверхні головного мозку (скронева, потилична долі праворуч). Речовина мозку щільно виповнювала порожнину черепа, виймалася із певними зусиллями, мала помітні сліди вдавлень від борозни. Мозок відрізнявся дрябчастою, м'якою консистенцією. В деяких випадках спостерігали розпластування речовини; чисельні осередки розм'якшення у лобно - скроневої та лобно - тім'яних частках верхньо - латеральної поверхні. Для останніх характерними стали відсутність чіткої межі, тенденція до злиття окремих зон кори, наявність неправильних форм фрагментів зм'якшення, розмірами від 1,6 - 2, 3 см у діаметрі. Спостерігались некротичні осередки, що відрізнялись наявністю чіткої межі на тлі відсутності мішеневих змін у інших частках мозку. На розтині м'яка мозкова оболонка розшарована гнійним світло-жовтим ексудатом в області поверхні лобних та тім'яних часток. Тканина мозку повнокровна з ознаками набряку. Шлуночки мозку вузькі. В лобних долях відмічаються осередки розм'якшення.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ РЕСПІРАТОРНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ВІРУСНО- БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Міщенко В. А., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мацак Д. Ю.

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН»,
Київський медичний університет*

З метою вивчення морфологічної специфіки уражень за умов розвитку гострої вірусно-бактеріальної інфекції (ГВБІ) досліджували легені дітей, що померли від гострого респіраторного синдрому (ГРС). За цим аналізували секційний матеріал від трупів дітей чоловічої та жіночої статі у віці від 2 міс. до 2 років. Всім зазначеним хворим за життя був встановлений діагноз гострої некротичної пневмонії (провідного синдрому у контексті моноінфекції) та основного у комбінації (мікст-інфекції). Тривалість захворювання у досліджених складала від декількох годин до 6-8 тижнів. У разі макромікроскопічного дослідження встановлено, що у плевральній порожнині зосереджувалось по 40 мл рідини, з сіруватим відтінком без специфічного запаху. Плевра - блискуча, гладка, оточує легені, не розривається у разі локального міцного натиснення. В жодному із випадків орган не зосереджував складок, спайок. Безпосередньо під плеврою на поверхні легень - числені дрібновогнещеві (від 0,1 до 0,3 см у діаметрі) крововиливи, без тенденції до злиття. Поверхня легень блискуча, пружна, рівномірно рожевого чи сіро-рожевого кольору. В деяких спостереженнях виявлені чисельні, визначені, різні за розмірами газові пузири. У випадку пневмотораксу в *locus morbi* - незначні за об'ємом осередки дефекту плеври, що оточували червоного кольору фрагменти легеневої тканини. Тканина легень однорідна, малоповітряна, тістувата при натисненні. На поверхні розтину - прозора чи ледь сіруватого кольору рідина у край незначній кількості. У разі пневмоній вірусно-бактеріального генезу за умов макроскопічного дослідження легень звертали увагу ознаки мікробного ураження. Плевра утримувала невеликі порожнини з світло-жовтого кольору гнійним ексудатом. Їхня чисельність досягала 8-10 формувань, розташування видавалось скупченим, з тенденцією до злиття. На розтині із порожнини виділявся жовтуватого кольору гнійний ексудат. У разі натиснення на легені в місцях, що розташовувались поруч з порожнинами, спостерігали появу аналогічного ексудату. Тканина легень залишалась малоповітряною, вологою на вигляд, сірого, сірувато-жовтого кольору. на ранніх етапах розтину тіла хворого з вірусно- бактеріальною пневмонією (вогнищева, вогнищево-зливна некротична), мікроскопічно виявляються характерний для ГВБІ метаморфоз альвеоцитів, з десквамацією, появою серозного ексудату, появою значного вмісту мононуклеарів та певним підпорядкуванням органів- мішеней нозологічній специфіці хвороби, - асоційованим ураженням судинної системи вірусом простого герпесу (ВПГ) та мікоплазموю.

ОГЛЯДОВИЙ МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ, ПОМЕРЛИХ ВІД ГОСТРОГО КИШКОВОГО СИНДРОМУ

Міщенко В. А., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мацак Д. Ю.

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

З метою визначення морфологічної характеристики органів шлунково-кишкового тракту у разі гострого кишкового синдрому (ГКС) досліджували секційні препарати від трупів померлих дітей. Групу обстежених склали особи обоє статі, віком від 1 до 6 міс. Із них 2 випадки відносились до тих, де ГВБІ була основним захворюванням. У 5 дітей вона носила характер супутньої патології. Первинно клінічне захворювання проявлялись як ГКС невстановленої етіології. В кожному із даних спостережень були не тільки встановлені морфологічні ознаки інфекції, викликані DNI- вірусом та мікробом- мікоплазмою людини, але й лабораторне підтвердження наявності ГВБІ за допомогою серологічного, молекулярно-біологічного методів дослідження за життя пацієнтів і постмортально. У результаті макроскопічного дослідження встановлено, що петлі тонкої кишки переважно спалі, товстої дещо розширені. Очеревина блискуча. В черевній порожнині у ряді випадків визначали сліди прозорої чи напівпрозорої рідини. Макроскопічний аналіз органів травлення показав, що глотка та стравохід вільні. В шлунках обстежених дітей об'єм вмісту був різним, деколи визначали краснувато-коричневого, жовто-зеленого слизу. В дванадцятіпалій кишці деколи зустрічалась невелика кількість жовчі. В тонкій та товстій кишках вміст відрізнявся за своєю кількісною та якісною характеристикою. В певних випадках він був не значним у вигляді шматків сірувато-білих, чи грязно-зелених слизеподібних мас. Нормального калового вмісту не відмічалось. Більша частина тонкої кишки у таких випадках спадалась. Слизова оболонка була плямиста (за рахунок великих осередків лилово-рожевого кольору), незначно набухлою, без втрати складчатості. У решти випадків у просвіті тонкої кишки утримувались рідкі чи напіврідкі маси від жовтого до жовто-зеленого кольору, слизова оболонка дещо набухла, проте, без втрати характерної складчатості, з гладкою, блискучою поверхньою рожевого, сіро-рожевого кольору з синюшним відтінком. На поверхні у стінці помітних дефектів встановлено не було. Отвір товстої кишки вищезазначених обстежених мав значний об'єм гелеоформних мас (за рахунок слизу) коричневого, зелено-коричневого, біжового кольору. Слизова мала рожево-жовтий, сіро-рожевий відтінок, в певних містах незначно набухла, без дефектів. У пацієнтів, що померли у разі кровотечі просвіт товстої кишки утримував темні маси, що за консистенцією, кольором нагадували кавову гушу. У таких випадках слизова оболонка товстої кишки виявлялась набухлою, в деяких місцях яскраво-рожевого кольору з ознаками крововиливів та некрозів щодо всієї стінки. У за давнених варіантах виявлялись порушення місцевого кровообігу та незначні явища регенерації.

ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ ДІЄТИ ПРИ ВУЛЬГАРНОМУ АКНЕ

Мойсеєнко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Київський медичний університет, Україна*

Серед сучасних засобів попередження та лікування акне дотримання дієти посідає одне із провідних місць. За спостереженнями фахівців, застосування спеціального за вмістом продуктів курсу харчування призводить до сталого зниження рівня вуглеводів та ефективного і тривалого позбавлення морфологічних ознак вульгарного акне, його клінічних проявів. Головними напрямками такого лікувального засобу є зниження рівня вуглеводів, зменшення параметрів IGF-1 та позбавлення ужитку стероїдних, поліпептидних гормонів та факторів росту, що зосереджені у молочних продуктах. За цим слід розуміти, що саме молочні продукти впливають на всі три фактори, що посилюють дію інсуліну та активацію андрогенних рецепторів. Обмеження у вживанні молока у разі акне добре помітно у клінічних спостереженнях з підлітками. Однак у ефективній боротьбі з акне вульгарним шляхом виключення молочних продуктів із раціону взагалі без залучення інших терапевтичних засобів цілком можливе). Процедура являє собою тривалий шлях лікування, з хвилинами психічного виснаження та певною втратою надії і терпіння, проте, вона того варта. Пацієнти вказують на практично 100% позбавлення комедонів, висипів, навіть рубців. За півроку після остаточного одужання рекомендоване деяке послаблення дієти з поступовим незначним її розширенням та спостереженнями із записами у терапевтичних щоденниках пацієнтів. Однак найкращим є дотримання поміркованого відбору протягом всього життя. Іншим напрямком боротьби із акне є застосування палеолітичної дієти, яка стала доволі популярною після оприлюднення результатів досліджень Л. Кордейна щодо низького вуглеводного навантаження у харчуванні мисливців з племен Нової Гвінеї та Парагваю. Сенс заявлених спостережень полягав у заохоченні хворих з акне до вживання простих продуктів, які були доступні нашим далеким предкам у еру примітивного господарства (відсутність рафінованого білого борошна, регулярного застосування молока). Дієта «печерної людини» з повною відмовою від молока та молоковмісних продуктів харчування з незначною кількістю вживання простих вуглеводів становить надто здорову дієту. Заявлену дієту є сенс додавати до заходів первинної загальнопопуляційної та екологічної профілактики. З огляду на те, що нормалізація рівня глюкози та інсуліну у крові пацієнтів із акне, зниження інсулінорезистентності сприяють зменшенню доступності андрогенних рецепторів до андрогенів із любого джерела. У зв'язку із цим широкого застосування набув метформін, поміркований препарат із режиму антиакне. Іншим опосередкованим напрямком боротьби з акне є контроль за вживанням штучних підсолодувачів із фруктозою.

ЗАСТОСУВАННЯ РЕТИНОЇДІВ ЯК СТАНДАРТНИХ ЗОВНІШНІХ КОМЕДОЛІТИКІВ У СУЧАСНИХ СХЕМАХ ЛІКУВАННЯ АКНЕ

Моїсенко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іванник В. Ю.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ»
Київський медичний університет*

Сучасна терапія акне орієнтована на застосування комплексного підходу, що долучає антибіотикотерапію, дієту, спеціальні синтетичні детергенти, комедолітики, у тому числі, ретиноїди. Власне, комедолітики мають давню історію та відомі як одні із найбільш ефективних та корисних засобів, що застосовуються у лікуванні акне. Назва цієї групи препаратів виникла як похідна від терміну «ретинол», вітамін А. Однією із перших на ринку відповідних препаратів стала ретиноїва кислота або трансретиноїва кислота, від початку вкрай ефективний подразнюючий засіб для зовнішнього застосування у разі розвитку акне. Її використання виявилось інконкурентним, з огляду на відсутність інших перспективних симптоматичних препаратів для терапії акне. Однак застосування таких ліків крім позитивного ефекту та можливості отримання візуального контролю (чіткі гіперемічні прояви на шкірі як доказ використання) мало певні ускладнення (больовий синдром, що супроводжував цілий курс терапії). На зміну заявленому препарату прийшли більш пластичні (з різними концентраціями, основами, дещо зміненим чи доповненим складом, показаннями до призначень). Великий та тривалий досвід застосування таких препаратів сприяв обумовленому мінімальному прийому препарату у концентрації до 0,05 % від трьох ночей на тиждень до 14 діб підряд на всю ушкоджену поверхню шкіри. Однак слід звернути увагу на той факт, що прийом ретиноїдів сприяє здійсненню ними двох найважливіших функцій: у разі закупорених пор піднімається комедон до рівня шкіри, погіршуючи естетику (останнє повинно відбуватись до остаточного очищення пор) та проникненню комедолітика у середину пори з метою попередження їхньої закупорки. Вигідним конкурентом ретиноїдів кислоті можна вважати адапален (0,3 %). Віднесений до групи ретиноїдів він не містить молекул ретиноївої кислоти, однак, настільки ефективний, стійкий до інсоляції, стабільний, з нижчим подразнюючим впливом. Третім відомим та ефективним ретиноїдом є тазаротен (спочатку був синтезований для лікування псоріазу, проте, згодом знайшов застосування у якості комедолітика, що залишилось його головним призначенням). Препарат фото стабільний, його комедолітичні та подразнюючі властивості вищі, ніж у адапалена (0,3% гель), застосовується як додатковий засіб для очищення найбільш резистентних комедонів. Програма прийому кожного із перелічених препаратів повинна носити постійний та тривалий характер, підтримуватись профілактикою. З метою запобігання звиканню терапевтичний курс можна доповнити бензоїлом пероксидом, саліциловою, α - та β -гідроксикислотами.

ФОЛІКУЛІТ ГОФМАНА ТА ХВОРОБА ОФУДЖИ ЯК ЕТОПАТОГЕНЕТИЧНІ АНАЛОГИ АКНЕ

Моїсеєнко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іванник В. Ю.,
Кривенко В. М.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ»
Київський медичний університет

На сьогодні відомі добре своєю клініко-патогенетичною проблематикою два аналоги акне: підриваючий фолікуліт Гофмана та еозинофільний пустульозний фолікуліт або хвороба Офуджи. Кожна із хвороб доволі нечасто зустрічалась на теренах України та країн колишнього СНД. Однак із розширенням візового простору та зміцненням науково-виробничих та громадянських зв'язків сучасної України з іншими державами, у тому числі, Африканського континенту, країнами Латинської Америки, фахівцями дерматологами засвідченні випадки таких захворювань. Як правило, вони мають латентний чи хронічний перебіг, зустрічаються у людей із низькими чи середніми статками. Патогенетична сутність обох захворювань полягає у гіперреакції імунної системи на гриби роду *Malassezia*. Кожне із захворювань супроводжується глибоким ураженнями фолікулярного апарату шкіри, фолікуліт Гофмана разом із конглобатними вуграми, гнійним гідраденітом та пілонідаальною кистою входить до фолікулярної тріади та тетради. Патогенез еозинофільного еозинофільного пустульозного фолікуліту (хвороби Офуджи) пов'язаний із гіперпродукцією еозинофілів кісткового мозку. Кожну із зазначених хвороб супроводжує характерне клініко-топографічне зонування висипів, що зосереджуються у так званих «себорейних зонах», формування запального детриту, сильний свербіж. Для вищезазначених захворювань є характерною наявність відповіді на лікування таким протизапальними засобами як індометацин, антигістамінні препарати, позитивна реакція на фото-, фотохіміотерапію. Відмінною рисою фолікуліту Гофмана є наявність проліферативних мас. Існують думки щодо наслідків фолікулярних травм з розвитком акне-келоїдів та гіпертрофічного рубця, а також негативного впливу від прийомів антибіотикотерапії з поступовим подальшим ростом грибів роду *Malassezia* у вогнищах патологічного процесу. Цікавими фактами є позитивація становища за рахунок цілковитого виключення із раціону хворих людей молочних продуктів, вуглеводів. Відмінний результат надають випадки позитивного дотримання зазначеної дієти, прийому протигрибкових препаратів (кетоконазол у дозі 400 мг) з метою усунення запальних реакцій та нестерпного свербіжу. За умов наявності приєднаної інфекції призначають антибактеріальні препарати, за умов наявності рубців внутрішньо вогнищеві ін'єкції триамцинолона (від 5 до 20 мг/мл). Позитивний ефект тримається тривалий час за рахунок пролонгованого застосування кетоконазолу у дозі 400мг 1 раз на місяць.

ВПЛИВ АПОПТОЗУ НА ТЯЖКІСТЬ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Мозгова Ю. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічна серцева недостатність є результатом одного з патологічних процесів, таких як тривала ішемія міокарда і, як наслідок, його ремоделювання.

Мета дослідження.

Визначити вплив на прогресування ішемічного ремоделювання міокарда розчинного Fas-ліганда (sFAS-L) у пацієнтів з ХСН.

Матеріали та методи.

Обстежено 95 пацієнтів з ХСН ішемічної етіології. Пацієнти були розділені на групи, в залежності від функціонального класу (ФК) за класифікацією NYHA: 1 група - 33 пацієнтів з ХСН II ФК, 2 група - 31 пацієнт з ХСН III ФК, в 3-ю групу - 31 хворий з ХСН IV ФК. За підсумками спостереження протягом 12 місяців, виділили 2 групи: група А (n = 49) зі сприятливим і група В (n = 46) - з несприятливим перебігом ХСН. Рівень розчинного Fas-ліганда в сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу.

Результати.

У хворих з ХСН рівень sFas-L істотно (в 3-6 разів; $p < 0,001$) перевищував такий у контрольній групі. У пацієнтів з несприятливим перебігом ХСН початково ($(85,94 \pm 4,14)$ пг / мл) рівень sFas-L в сироватці крові значно перевищував такий в групі зі сприятливим перебігом ($(107,33 \pm 5,13)$ пг / мл; $p = 0,0015$). Аналіз чутливості і специфічності стратифікації ризику розвитку серцево-судинного ускладнення за рівнями sFas-L виявив високу прогностичну значимість цього маркера. Виявлена негативна кореляція фракції викиду лівого шлуночка (ЛШ) з концентрацією sFas-L, а також пряма кореляція між концентрацією sFas-L в сироватці крові і параметрами ремоделювання ЛШ.

Висновок.

Концентрація розчинного Fas-ліганда в сироватці крові визначає ішемічне ремоделювання ЛШ і тяжкість перебігу ХСН, відзначається пряма кореляція зі ступенем прогресування захворювання. Таким чином, визначення рівня sFas-L в сироватці крові сприяє об'єктивній оцінці тяжкості апоптозу і є актуальним прогностичним тестом для оцінки перебігу ХСН ішемічної етіології.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ

Молодан В. И., *Аболмасов А. Н., *Швец В. М., Молодан Д. В.,
*Юхновский А. Ю.

*Харьковский национальный медицинский университет,
ДУ Национальный институт терапии НАМНУ, Украина

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) относится к категории острых состояний. При ТЭЛА наблюдается высокий риск развития сердечной недостаточности и летального исхода. Проблемой заболевания является сложность диагностики и значительная вариабельность симптоматики.

Цель работы: рассмотреть клинический случай больной с ТЭЛА, особенности развития заболевания и диагностики.

Больная О., 37 лет поступила в ОРИТ НИТНАМНУ с диагнозом острый экссудативный перикардит, острый миокардит. При поступлении жалобы на одышку, не зависящую от положения тела больной. Тупую ноющую боль в грудной клетке. Болеет на протяжении 2-х недель. Симптомы возникли внезапно, когда во время ходьбы появилась острая боль в правой голени, после этого возник кашель и одышка. Через неделю повысилась температуры до 38⁰С. Больная лечилась по месту жительства, в ходе обследования на рентгенограмме было выявлено расширение тени сердца. Объективно: состояние средней тяжести/тяжелое, кожные покровы бледные, небольшой цианоз слизистых. ЧДД 22-24/мин, одышка экспираторного характера. Небольшое притупление перкуторного звука в нижних отделах левого легкого, билатерально ослабленное везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Деятельность сердца ритмичная, ЧСС 96/мин, АД 130/80 мм рт.ст. На УЗИ сердца размеры полостей в норме, зон асинергии не выявлено, расширение перикардиальной щели 0,7 - 1,3 см. Небольшое количество жидкости в плевральных синусах слева и справа. Лейкоцитоз – 9,2 10⁹, сдвиг формулы влево (п-7%, с-83%, э-1, л-7, м-2%), СОЭ 24мм/ч. Более чем в 2 раза повышен уровень АлАТ- 82 Е/л, значительно увеличен уровень D-димера - 34,61 мкг/мл и СРБ – 384 мг/л. На мультиспиральной КТ выявлена инфаркт-пневмония задне-базальных сегментов правого и левого легких. КТ признаки «образования» верхушечного сегмента верхней доли левого легкого. Гидроперикард. Тромбоз подвздошной и яичниковой вен справа. По данным компрессионного дуплексного УЗИ имеет место тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Выводы: данный клинический случай показывает развитие ТЭЛА у больной молодого возраста, категории низкого риска эмболических осложнений. Можно предположить, что развитие тромбов в бассейне нижней полой вены спровоцировано наличием «образования» левого легкого. Так же нельзя исключить у больной коагулопатии, но это требует проведения дополнительных исследований.

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Молотягина С. П., Гуйда П. П.

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

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Течение системной склеродермии (ССД) характеризуется неуклонным прогрессирующим с быстрым или постепенным вовлечением в патологический процесс практически всех органов и систем и развитием в конечном итоге необратимых изменений и осложнений.

Выделяют 3 варианта течения ССД – острое, подострое и хроническое. Острое течение характеризуется полисиндромным началом, неуклонным прогрессирующим, быстрой (уже в первые 1-2 года болезни) генерализацией процесса с развитием диффузной индурации кожи, сосудисто-некротических изменений, артропатий и тяжелых висцеропатий.

Для подострого течения ССД характерен частый дебют заболевания артропатиями или синдромом Рейно, к которым довольно быстро присоединяются поражения кожи в виде плотного отека с последующей индурацией, мышц и внутренних органов. Висцеропатии могут быть ранним проявлением ССД и в дальнейшем превалировать в клинической картине на всем протяжении болезни.

Хроническое течение дебютирует, как правило, многолетним стойким синдромом Рейно и относительно медленным развитием типичных для ССД периферических изменений (индурация кожи, артропатии, остеолиты) и висцеропатий (пневмосклероз, кардиосклероз, поражение пищеварительного тракта, хроническая склеродермическая нефропатия).

Быстрота прогрессирования ССД зависит от многих факторов, в частности, от остроты начала заболевания, наличия и выраженности системных поражений, главным образом висцеропатий, пола больных, возраста к началу заболевания. Вместе с тем на характер течения и быстроту прогрессирования болезни существенное влияние оказывают своевременность диагностики ССД, а также своевременность назначения и регулярность проведения рациональной терапии, которые, по нашим клиническим наблюдениям, могут не только уменьшить тяжесть системных поражений, но и позволяют предупреждать поражение отдельных органов и систем.

ССД более тяжело протекает у мужчин, а также у лиц пожилого возраста, у которых преобладают острое и подострое течение заболевания и развитие тяжелых висцеропатий.

Таким образом, характер течения ССД зависит от многих факторов, среди которых важную роль играют своевременность установления правильного диагноза и назначение адекватной терапии уже в раннем периоде болезни.

ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ СИСТЕМНЫЙ ФИБРОЗ

Молотягина С. П., Гуйда П. П.

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

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Локализованный системный фиброз (ЛСФ) является одной из клинических форм, входящих в склеродермическую группу болезней. Заболевание мало известно врачам. С учетом распространенности и локализации процесса выделяют различные формы фиброза. Так, к большому «висцеральному» фиброзу относятся следующие формы: ретроперитонеальный, легочный, медиастиальный, эндокардиальный, перикардиальный, эндомикардиальный, эндоваскулярный, периваскулярный, склерозирующий холангит. Малый «поверхностный» фиброз включает в себя контрактуру Дюпюитрена, струму Риделя, псевдоопухоль орбит, болезнь Пирони, облитерирующий ксеробаланит, келоид.

Этиологическую роль в развитии ЛСФ играют лекарственные препараты, содержащие серотонин и эрготамин, которые принимают участие в развитии фиброзной и сосудистой патологии. Предполагается также наследственная предрасположенность к избыточному фиброобразованию. Возможно сочетание отдельных клинических форм и локализации ЛСФ у одного и того же больного, а также его сочетание с очаговой склеродермией, диффузным эозинофильным фасциитом, периартикулярным фиброзом.

Для клиники заболевания характерны малая выраженность симптоматики, особенно в начальном периоде, и отсутствие специфических лабораторных тестов.

Диагностика ЛСФ представляет большие трудности, что обусловлено относительной редкостью заболевания и недостаточным знанием врачами его клинических проявлений и диагностических критериев. Для уточнения диагноза можно использовать биопсию из пораженного участка.

Лечение заключается в устранении возможных этиологических факторов, назначении антифиброзных, противовоспалительных, включая глюкокортикостероиды, и сосудорасширяющих средств, проведении массажа и физиотерапевтических процедур.

Прогноз при ЛСФ обычно неблагоприятный, так как диагноз устанавливается уже при наличии тяжелых осложнений, что подтверждается и нашими наблюдениями.

При проведении дифференциальной диагностики ревматических болезней, особенно заболеваний склеродермической группы, необходимо учитывать возможность развития у больных локализованного системного фиброза, что позволит своевременно установить правильный диагноз и назначить адекватную терапию.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛХИЦИНА ПРИ КУПИРОВАНИИ ПА ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

Мусаева Ш. З., Искандерова С. Дж., Зиямухамедова М. М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Оценка эффективности и безопасности колхицина (Колхикум-Дисперт) при купировании приступа подагрического артрита (ПА).

Материал и методы: Под наблюдением находились 24 больных с приступом ПА, мужчин, средний возраст - $49,2 \pm 11,5$ года, длительность заболевания - $12,6 \pm 4,8$ года, Диагноз определялся согласно критериям ACR, S.L.Wollace, 1977. У 18 из 24 больных было ожирение ($ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$).

Комплексная терапия по купированию приступа ПА предусматривала применение колхицина, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и глюкокортикоидов (ГК). Колхицин 0,5 мг, таблетки, применяли в дозе 4-6 мг / сутки, причем 2/3 ее больные принимали до 12 часов дня в первый день приступа, при этом он назначался по 0,5 мг каждый час. После существенного уменьшения острых воспалительных явлений суточную дозу снижали до 0,5 мг 2 раза в день, вплоть до полной отмены, всего лечение проводилось в течение 7-8 дней.

Эффективность проведенной терапии оценивали по суставному индексу, индексу припухлости, гиперемии, боли в покое и при движении по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в сантиметрах (см). Проводились исследования содержания сывороточной МК, С-реактивного белка (СРБ), клинический анализ крови.

Результаты. До начала лечения уровень сывороточной МК колебался в пределах 360-673 ммоль/л (среднем $475,6 \pm 43,2$ ммоль/л), величины острофазовых реактантов были повышенными (СРБ, лейкоцитоз, СОЭ). В результате проведенного лечения приступ ПА был полностью купирован на $6,1 \pm 2,7$ дня, содержание острофазовых реактантов нормализовалось. Уровень сывороточной МК достоверно уменьшился ($350,8 \pm 28,3$ ммоль/л). Отмечено уменьшение боли по ВАШ в покое от $9,2 \pm 2,8$ см до $5,24 \pm 2,6$ см, индексов припухлости, гиперемии, суставного индексов.

В дальнейшем больным были даны рекомендации снижения массы тела, диетические установки, контроль уровня МК и длительный прием урикоостатических препаратов.

Выводы. Проведенная программа лечения приступа подагрического артрита с применением колхицина, НПВП и глюкокортикоидов оказалась высокоэффективной и безопасной.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ЛОКАЛЬНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ

Мусаева Ш. З., Искандерова С. Дж., Маманазарова Д. К.,
Зиямухамедова М. М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан*

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность повторных курсов локального применения глюкокортикостероидов (ГКС) при 5-летнем наблюдении при остеоартрозе (ОА) коленных суставов (КС).

Материалы и методы. В исследование включены 66 амбулаторных больных с достоверным диагнозом ОА КС II-III стадии (ASR, 1991) возраст больных 53,8±9,1 лет, женщин 54 (80,4%), мужчин 12 (18,2%), длительность болезни 11,2±2,1 лет, индекс массы тела 32,3±3,1. У 45 (69,7%) больных была II, у 20 (30,3%) - III рентгенологическая стадия. Функциональная недостаточность 1,7±0,2. У всех больных был первичный ОА. Больные обеих групп получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и хондропротекторы (структурно-модифицирующие препараты) по стиханию гонита. Оценка эффективности проводимой терапии определялась по критериям: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение и функциональным критериям. Оценка болевого синдрома проведена по ВАШ - 63,5±14,7 мм; по индексу Лекена - 11,7±3,4 балла; по индексу WOMAC - 15,8±4,2 балла; по индексу тяжести гонартроза по Лекену - ОГ 75 баллов, 71 балл для КГ. ЛСТ с ГКС-с интраартикулярными инъекциями в коленный сустав (2,0 мл бетаметазона натрия фосфат с 1,0 мл 2% р-ра лидокаина 1 раз в неделю, всего 2-3 раза, в среднем 2,3 раз. КГ составили 24 больных (36,4%), не получавших ЛСТ. Оценка эффективности проводимой терапии по динамике индексов ВАШ, Лекена, WOMAC через 1,4,12 и 24 недели от начала терапии.

Результаты. Значительное улучшение и улучшение отмечено у 37 (87,1% больных), леченных комплексной терапией, с применением ЛСТ. Ремиссия гонита более 1 года отмечалась у 26 (61,9%) больных. Данные клинико-инструментальных исследований свидетельствовали о достоверной положительной динамике: снижение индексов Лекена к концу I года до 5,4±1,2 балла (D=-53,9%), ВАШ - до 42,8 мм (D=-32,6%), WOMAC - до 5,7 балла (D=-63,1%), P<0,001. В КГ динамика была менее выраженной.

Выводы: применение ЛСТ у больных ОА КС является эффективным и безопасным методом.

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ГЕНДЕРНИХ ЗМІН СТРУКТУР І
ФУНКЦІЙ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ
АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ
СЕРЦЯ ІЗ ВРАХУВАННЯМ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ *PDE4D***

Настіна О. М., Білоус Н. І., Абраменко І. В., Білий Д. О.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», Київ*

Мета: оцінити гендерні відмінності змін структур і функцій міокарда в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС з ішемічною хворобою серця (ІХС) із врахуванням поліморфізму гену *PDE4D*

Матеріали і методи: Обстежено 345 хворих на ІХС, серед яких УЛНА - 100 чоловіків та 81 жінка та хворі, які не зазнали впливу іонізуючого випромінювання (контроль) – 85 і 79 відповідно. Стандартизоване обстеження включало ехо-доплеркардіографічне дослідження (ЕхоКГ) з використанням Diagnostic Ultrasound System DS-N3 (Mindray), полімеразну ланцюгову реакцію, статистичний аналіз за допомогою комп'ютерної програми SPSS 19.

Результати: Визначено, що у жінок і чоловіків УЛНА з ІХС та ТТ генотипом в порівнянні з носіями ТС і СС генотипів показники структур міокарда відрізнялись не значимо, що свідчить, враховуючи природну гендерну відмінність структур міокарда, про більш тяжкий перебіг хвороби у жінок. У жінок з ТТ генотипом значно меншою, ніж при СС генотипі, була екскурсія міжшлуночкової перетинки (МШП) лівого шлуночка (ЛШ). Різниця в УЛНА склала 2,4 мм ($p < 0,05$), в контролі – 2 мм ($p < 0,05$), що є ознакою слабшого систолічного скорочення стінок міокарда у жінок з ТТ генотипом. Найбільшою товщина стінки аорти була у жінок з ТТ генотипом. У чоловіків УЛНА з генотипом ТТ встановлено збільшення маси міокарда (ММЛШ) та її індексу в порівнянні з носіями СС та ТС генотипів. У чоловіків УЛНА з СС генотипом виявлена перевага гіпертрофії стінок міокарда а з ТТ – зниження їх скоротливої здатності. У всіх хворих на ІХС переважала концентрична гіпертрофія ЛШ (ГЛШ). У жінок УЛНА концентрична ГЛШ склала 53,7% і переважала дані у чоловіків УЛНА на 9,3%, у жінок контролю на 10,6% ($p < 0,05$). У жінок з інфарктом міокарда (ІМ) в анамнезі і генотипом ТТ достовірно більшими були показники структур міокарда, ніж без ІМ ($p < 0,05$). У них встановлено тенденцію до збільшення середніх показників товщини стінок ЛШ, їх відносної товщини, ММЛШ, її індексу, розміру лівого передсердя в порівнянні з даними при ТС генотипі. У чоловіків з ІМ в анамнезі з генотипом ТТ в порівнянні з ТС і СС визначено зменшення товщини ($p < 0,05$) та екскурсії МШП.

Висновок: Наявність генотипу ТТ у жінок УЛНА на ЧАЕС асоціювалась з більш тяжким перебігом ІХС, що може бути використано для визначення її ризику і оптимізації профілактичних заходів.

HUMULUS LUPULUS L. ІСТОРИЯ ВІДКРИТТЯ І ЗАСТОСУВАННЯ (СТИСЛИЙ ЕКСКУРС)

Невмержицький В. В., Казмірчук В. В., Торяник І. І.,
Грищенко М. І., Кривенко В. М., Кандибко І. В.

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

Застосування хмелю (*Humulus lupulus* L.) як лікувального засобу має глибоку історію. У талмудичних коментарях до Біблії стверджується, що євреї, які знаходилися в полоні у вавилонян, рятувалися від прокази (лепри), вживаючи виготовлене із хмелю пиво. Ще до початку нашої ери пиво із хмелю стає популярним напоєм. З найдревніших фінських рунічних письмен відомо, що фіни для виробництва пива використовували хміль більше 1200 років тому, так само як естонці та латвійці. Перша згадка про хміль як лікарську рослину зустрічається в працях арабського лікаря IX ст. Мезе (Mezue), який використовував сироп хмелю для очищення крові і як жовчогінний засіб. У ранніх середньовічних травниках хміль згадується як лікарська рослина. На початку XII ст. німецька абатиса ордену бенедиктинців св. Гільдегарда з Бінгена (1098-1178) у своєму медичному трактаті рекомендувала вживати пиво, виготовлене з хмелю, як лікувальний засіб. Пізніше середньовічні травники і порадики рекомендували використовувати хмільне пиво проти подагри і різних урологічних захворювань. Автори старовинних книг радили пити пиво навіть матерям-годувальницям і в невеликій кількості немовлятам, серйозно вважаючи, що після материнського молока, пиво є найбільш придатною їжею для немовлят. Середньовічні лікарі рекомендували вживати пиво з хмелю при зниженні апетиту, розладах травлення, хворобах нирок і сечового міхура. Видатний лікар, хімік і філософ Ренесансу Теофраст Бомбаст Парацельс (1493-1541) застосовував хміль при хворобах органів травлення. Парацельс вважав, що тепле пиво в організмі людини перетворюється на кров. Симон Сиренський (1540-1611) у своєму травнику (1613) рекомендував шишки хмелю при хворобах шкіри, а лупулін – при потінні ніг. Польський лікар пізнього ренесансу Х. Клук (1739-1790) у своєму «Дуксуонагу» вказував на застосування шишок хмелю як сечогінного і сокогінного засобу, а листків – як протизапального засобу при подагрі та набряках нижніх кінцівок. Карловарські пивовари із Західної Чехії і сьогодні виготовляють лікувальне пиво «Доктор Бір» на основі шишок хмелю і лікувальної мінеральної води. Це пиво дає позитивний ефект при хворобах шлунку, печінки і нирок. Завдяки антисептичним, протизапальним і знеболюючим властивостям відвари шишок хмелю застосовуються у вигляді примочок і мазей для лікування радикуліту, захворювань суглобів, опіків, обморожень, грибкових уражень шкіри, інфікованих ран і виразок. З метою зовнішнього застосування настоїв з хмелю використовують мазь на основі його шишок. Доволі ефективним видається хміль при синцях, як настій для місцевих ван.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ СУЧАСНИХ ГАЛЕНОВИХ ПРЕПАРАТІВ ХМЕЛЮ

**Невмержицький В. В., Казмірчук В. В., Торяник І. І., Грищенко В. М.,
Меркулова Н. Ф., Кандибко І. В., Казмірчук В. В., Гордієнко А. І.**

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

Фармакотерапевтична спрямованість сучасних галенових препаратів хмелю має доволі широкий спектр. У клінічній медичній практиці лікувальні засоби з хмелю успішно застосовують завдяки їх заспокійливим і болетамувальним властивостям. Шишки хмелю часто використовують в комплексі з іншими лікарськими рослинами при дизурії, захворюваннях нирок, сечовивідних шляхів і сечового міхура як протизапальний, гіпосенсибілізуєчий, сечогінний і регулюєчий мінеральний обмін засіб. Протизапальні, знеболюєчі, бактерицидні і антиалергічні властивості галенових препаратів хмелю зумовлюють їх терапевтичну ефективність при захворюваннях шкіри і слизових оболонок, які супроводжуються запальними ураженнями, алергічними проявами, свербінням. Особливо добрі результати лікування відзначено при алергічних і професійних дерматитах, дистрофічних процесах в слизових оболонках і шкірних покривах. Зовнішньо настій суцвіть хмелю використовують для компресів при забоях, інфільтратах, ним промивають рани, виразки, роблять ванни при ревматизмі і подагрі. Порошок з шишок хмелю місцево застосовують як знеболюєчий засіб. Вважають, що сприятлива дія препаратів хмелю на шкіру визначається присутністю речовин з естрогенною активністю. На сьогоднішній день в медицині використовують суцвіття хмелю звичайного, які помилково називають супліддями, жіночі «шишки» (*Strobuli Humuli lupuli*, або *Strobuli Lupuli*), а також залозки хмелю (*Glandulae Lupuli*), або лупулін) хмелю звичайного (*Strobuli Lupuli*, Лік. трави, Житомир, Україна) застосовують у вигляді настою (1 столова ложка на 200 мл окропу) при шкірних хворобах запального характеру і при хронічних виразках гомілки, змочуючи настоєм марлеву пов'язку і у вигляді компресу прикладають до ураженої ділянки. Оскільки у екстрактах хмелю містяться естрогенні та андрогенні гормоноподібні сполуки, їх застосовують як додатковий засіб лікування деяких гормональних розладів. З огляду на це слід пам'ятати, що найбільша концентрація сумарних естрогенів (34,8 мг%) і андрогенів (0,96 мг%) приходить до вуглекислі екстракти хмелю та пов'язана із ізопренільованими флавоноїдами. Експериментально доведено, що присутній в шишках хмелю і у пиві 8-ізопренілнарінгенін є одним з найактивніших фітоестрогенів. Для лікування циститу рекомендують застосовувати настій шишок хмелю. Мазкові препарати із них (порошок із сухих шишок хмелю та жирова основа: вершкове масло) надають допомогу у разі суглобових болів (артрити, артрози, ревматизм, подагра), розтягнень і ударів.

ФІКСОВАНА ТРИКОМПОНЕНТНА КОМБІНОВАНА ГІПОТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПІДВИЩЕНОМУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОМУ РИЗИКУ І КОМОРБІДНОСТІ

Несен А. О.

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

Наукові розробки з питань коморбідності вважаються кардинальними, з урахуванням важливості визначення «загальної патогенетичної платформи» для основної та коморбідних патологій й активного впливу на патогенетичні механізми шляхом застосування комплексних препаратів (наприклад, розробка фіксованих комбінованих препаратів, комбінованих поліпілюль (polypill) та ін.) з метою уникнення поліпрагмазії.

Мета роботи: визначити ефективність терапії при підвищеному (високий і дуже високий) КВР та коморбідністю фіксованим трикомпонентним гіпотензивним препаратом (інгібітор ангіотензин-перетворюючого ферменту - периндоприл+ дигідропіридинний антагоніст кальцію - амлодипін+тіазидподібний діуретик - індапамід).

Матеріали та методи. В динаміці лікування досліджено 128 хворих (50 чоловіків й 78 жінок) з підвищеним КВР та рівнем артеріального тиску (АТ) $>180/110$ мм рт.ст., наявністю сполученої патології (серцево-судинної, хронічної хвороби нирок, цукрового діабету). Середній вік хворих - $(54,5\pm 6,8)$ років. Систолічний АТ до лікування - $(188,5\pm 12,5)$ мм рт.ст., діастолічний АТ - $(95,5\pm 9,5)$ мм рт.ст.; у 36 пацієнтів виявлено протеїнурію, з рівнем добової протеїнурії - $(0,865\pm 0,033)$ г/л. Пацієнтам призначалась гіпотензивна терапія: периндоприл/індапамід/амлодипін у фіксованій дозі – 4/1,25/5 мг чи 8/2,5/5 мг (в залежності від початкового АТ) на добу одноразово вранці до прийому їжі, а також, враховуючи КВР, призначали статини – розувастатин чи аторвастатин у дозі 10 мг на добу та антитромботичний препарат – ацетилсаліцилова кислота у дозі 75 мг.

Результати. В динаміці лікування у всіх пацієнтів відмічено зниження систолічного АТ на 29,5 % ($p<0,05$), тенденція до зниження діастолічного АТ й частоти серцевих скорочень, зниження добової протеїнурії до $(0,215\pm 0,027)$ г/л ($p<0,05$), без виявів погіршення азотовидільної функції нирок. Відмічено стабілізацію гіполіпідемічного профілю крові: зниження ($p<0,05$) рівнів загального холестерину до $(4,68\pm 1,02)$ ммоль/л та холестерину ліпопротеїдів низької щільності до $(1,64\pm 0,12)$ ммоль/л. Оцінка ефективності та безпеки терапії проводилась шляхом оцінки результатів біохімічних та клінічних показників крові та сечі.

Висновки. При коморбідності і КВР застосування фіксованих комбінованих гіпотензивних препаратів різних фармакологічних груп підвищує гіпотензивний ефект та комплайнс терапії, в той час як застосування одного гіпотензивного препарату значно зменшує шанси досягнення цільових рівнів АТ.

ВИСОКИЙ ТА ДУЖЕ ВИСОКИЙ КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК І МУЛЬТИМОРБІДНІСТЬ

Несен А. О., Шапо В. Л., Валентинова І. А., Ярина Н. А., Резнікова О. І.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків

Світові сучасні дослідження, які базуються на фактичних даних в медичній практиці, показали безсумнівну важливість менеджменту для удосконалення догляду за пацієнтами з мультиморбідністю. Визначено, що мультиморбідність значно впливає на функціональне здоров'я і якість життя хворих, що потребує комплексних складних заходів у догляді і реабілітації. Зазначається, що управління мультиморбідністю повинно охоплювати всі сфери охорони здоров'я на всіх рівнях – від індивідуального до популяційного з широким обговоренням і дослідженням цієї складної проблеми, розробкою ефективних стратегічних підходів до діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Мета роботи: проведення скринінгу хворих підвищеного (високого і дуже високого кардіоваскулярного ризику (КВР) з урахуванням мультиморбідності для участі в індивідуальних і групових комплексних терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходах.

Матеріали та методи. В ході дослідження застосовано клініко-лабораторні, біохімічні та статистичні методи; створені спеціальні форми (в паперовому і електронному виді), що максимально відображають об'єм належної інформації (амбулаторні карти, історії хвороб, анкетування та ін.). Розрахунок рівня КВР проведено згідно до останніх рекомендацій щодо профілактики і лікування серцево-судинних захворювань (2013-2016) з використанням Riskcalculator (CV-Risk and Prevention); розрахунок індексу коморбідності здійснено за сучасними електронними модифікаціями (2012-2017) методики (M.E. Charlson et al., 1987).

Результати. Проведено аналіз історій хвороб (n=1428) пацієнтів підвищеного КВР, серед яких: чоловіки – 512 (35,85 %) й жінки – 916 (64,15 %). Середній вік хворих становив – (58,41±8,12) років. Пацієнти з надмірною масою тіла склали більшість – середній індекс маси тіла – (30,64±0,18) кг/м². При визначенні показників мультиморбідності встановлено: комбіновані стани і вікові оцінки (Combined condition and age-related score) – (5,98±0,16) балів; індекс коморбідності Чарлсона (Weighted index of comorbidity Charlson) – (4,87±0,18) балів; показник десятирічної виживаності – (24,94±1,07) %. Зростання рівнів показників комбіновані стани/вікові оцінки та індексу коморбідності Чарлсона корелює з погіршенням показників якості життя (p=0.001).

Висновки. Враховуючи високу частоту мультиморбідності серед хворих – визначення індексу коморбідності поряд з оцінкою КВР дозволяє більш ґрунтовно підійти до питань участі пацієнтів в комплексних терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходах.

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Нестерак Р. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є хронічним захворюванням, що вносить свій вклад в життя та існування хворого змінюючи його стан, емоційне сприйняття. Виникнення інфаркту міокарда, його ускладнень, потреби у інтервенційних чи кардіохірургічних втручаннях, призводить до зміни усього майбутнього пацієнта

Мета: дослідити когнітивну компоненту внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ) у хворих з різним формами ІХС – 60 хворих із стабільною ішемічною хворобою серця, яким проведено аортокоронарне шунтування та 57 хворих, яким проведено стентування коронарних артерій в плановому порядку, а також хворі з гострим коронарним синдромом (ГКС), яким надана інвазивна тактика лікування, з них 75 хворих з ГКС без елевації сегмента та 78 хворих з ГКС з елевацією сегмента ST. У всіх хворих застосували опитувальника SAQ та SF.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано ВКЗ у 60 хворих із стабільною ішемічною хворобою серця, яким проведено аортокоронарне шунтування та 57 хворих, яким проведено стентування коронарних артерій в плановому порядку, 75 хворих з ГКС без елевації сегмента. 78 хворих з ГКС з елевацією сегмента ST, яким надана інвазивна тактика лікування. У всіх хворих застосували опитувальника SAQ та SF.

Когнітивна компонента забезпечує усвідомлення складності захворювання, перспективи ви здоровлення. Прихильність до лікування є невід'ємною частиною когнітивного компоненту ВКЗ хворого.

Результати: отримані дані, показують, що більшість пацієнтів $77,8 \pm 14,6$ за опитувальником SAQ задоволені лікуванням у стаціонарному відділенні лікарні. За шкалою ставлення до хвороби отримані показники у більшості пацієнтів становлять $46,3 \pm 17,8$ тобто вони є заниженими. Пацієнти потребують знань про захворювання, що сприятиме більш усвідомленому ставленню хворого до свого стану та призведе до більш активної участі у процесі реабілітації. Загальний стан здоров'я пацієнти за шкалою SF-36 відзначають в середньому на рівні $42,6 \pm 14,3$, що є нижче середнього значення, це свідчить про низьку оцінку хворим свого стану здоров'я зараз і негативну характеристику перспектив лікування.

Висновок. Для успішної реабілітації хворих на ІХС важливо вибудовувати стратегії оптимізації стану здоров'я, підвищення кожної з компонент ВКЗ. При роботі потрібний комплексний підхід лікар може надавати інформацію щодо захворювання, зокрема ІХС, ГКС, АКШ, а психолог контролювати прийняття та усвідомлення отриманої інформації, її інтеграцію у внутрішню картину здоров'я.

ОЦІНКА СТАНУ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦЮЮЧИХ У ШКІДЛИВИХ ТА НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВАХ ПРАЦІ

¹Ніколенко Є. Я., ²Захаров О. Г., ²Ткач С. І., ²Боровик І. Г.,

³Грідасова Л. М., ¹Пилипенко Н. О.

¹Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна,

²Харківська медична академія післядипломної освіти,

³ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна

Професійна захворюваність в Україні залишається складною соціально-економічною і медичною проблемою. Через зниження якості медико-санітарної допомоги працюючим, професійна патологія діагностується пізно, коли у постраждалих має місце стійка втрата працездатності та інвалідність. В таких умовах актуальними є дослідження які спрямовані на управління ризиками в медицині праці і розробка на цьому підґрунті заходів профілактичного спрямування стосовно професійної захворюваності.

У структурі професійних захворювань вібраційна хвороба (ВХ) посідає третє рангове місце. Щорічно діагностують від 210 до 515 випадків ВХ, що складає від 3-5% до 6-8% від загальної кількості виявлених професійних захворювань.

Для визначення цільових груп з підвищеним ризиком виникнення ВХ провели ретроспективний аналіз даних профілактичних медичних оглядів та санітарно-гігієнічних характеристик умов праці працівників різних підприємств з Миколаївської та Харківської областей, які зазнавали тривалого впливу промислової вібрації. У якості ризикометру використовували Ready-Reckoner HSE. Дані працівників вносилися до електронної таблиці, було створено комп'ютерну програму з розрахунку вірогідності розвитку ВХ.

Алгоритм програми, у тому числі, базувався на урахуванні факторів ризику, фенотипічних особливостей і шкідливих звичок. У результаті тестування програма видає ризик розвитку у відсотковому співвідношенні для даного працівника з урахуванням стажу роботи та умов праці.

При обчисленні коефіцієнтів розрахунку ризику проводили аналіз близько 200 показників, з виділенням найбільш впливових та взаємозв'язаних. Серед обстежених за віковою характеристикою найбільшу частину складали працівники – чоловіки найбільш працездатного віку 25-39 років. При виявленні у обстежених високого ризику такі пацієнти входили до групи, яка буде обстежена додатково.

Таким чином, було розроблено та проходить апробацію електронна система виділення груп ризику, яка може бути застосована при обстеженні великої кількості працюючих в умовах впливу шкідливих факторів.

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОГО ДОБОРУ ДО РОБОТИ В УМОВАХ ВПЛИВУ НЕБЕЗПЕЧНИХ ТА ШКІДЛИВИХ ВИРОБНИЧИХ ФАКТОРІВ

¹Ніколенко Є. Я., ²Захаров О. Г., ²Ткач С. І., ²Боровик І. Г.,

¹Мартиненко І. Г., ³Грідасова Л. М., ¹Пилипенко Н. О.

¹Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна,

²Харківська медична академія післядипломної освіти,

³ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна

У сучасних умовах розвитку техногенної цивілізації високий рівень відповідальності за результати професійної діяльності призводить до того, що зростає кількість професійних груп, робота яких пов'язана з високою психоемоційною напругою та можливістю виникнення стресових ситуацій. Під час управління складними технічними системами значна частина аварійних ситуацій і відмов техніки (40 - 63% у звичайних умовах, 70 - 75% у складних умовах виробництва) відбувається внаслідок помилок персоналу, які пов'язані з психофізіологічними можливостями і функціональним станом працівників. Це визначає в даний час зростаючу актуальність здійснення професійного психофізіологічного відбору та психофізіологічної експертизи.

Основною метою психофізіологічної експертизи працівників для виконання робіт підвищеної небезпеки є виявлення осіб, які за своїми психофізіологічними якостями відповідають вимогам конкретної діяльності в напружених та небезпечних умовах праці і придатні до виконання робіт підвищеної небезпеки.

Сучасний психофізіологічний добір використовує комп'ютерні комплекси, що дозволяє досить швидко вимірювати значну кількість психофізіологічних показників, виявляти глибоку та тонку структуру індивідуальних особливостей особистості, детермінованих фізіологічними системами організму.

Протокол обстеження зберігається в спеціалізованій базі даних, що дозволяє експлуатувати великі масиви даних та реалізувати складні методи математичної обробки, підвищуючи інформативність результатів тестування. Накопичення інформації про працюючого персоналу в комп'ютерній базі даних дозволяє адекватно і правильно оцінити зміни індивідуальних психофізіологічних показників працівника при періодичних медичних оглядах. Все більше розповсюдження отримує використання даного підходу для об'єктивного контролю результатів корегувальних чи реабілітаційних заходів на підставі ресстрації динаміки індивідуальних психофізіологічних показників обстежуваного.

ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ З ПРОЯВАМИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Ніколенко О. Є.

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

В останній час спостерігається значний зріст на 17 - 33% специфічних та неспецифічних проявів дисплазії сполучної тканини (ДСТ), що призводить до суттєвого погіршення перебігу основного захворювання.

Мета: дослідити особливості перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) у хворих на цукровий діабет 1 типу (ЦД 1) з проявами специфічної ДСТ, представленої пролапсом мітрального клапану (ПМК), та неспецифічної екстракардіальної ДСТ.

Матеріали і методи. Обстежено 72 особи (18 - 29 років) хворих на ЦД 1. До першої групи увійшло 18 хворих на ЦД 1 типу без проявів ДСТ, до другої - 31 хворий на ЦД 1 з ПМК, до третьої - 23 хворих на ЦД 1 з неспецифічними проявами ДСТ. Контрольну групу склали 18 умовно здорових людей без ознак ДСТ. Досліджені показники ПОЛ-АОЗ: рівень дієнових кон'югатів (ДК), малонового діальдегіду (МДА) та супероксиддисмутази (СОД).

Результати. Активізація процесів ПОЛ у порівнянні з контролем спостерігалася в першій групі, що характеризується збільшенням вмісту ДК на 42%, МДА на 9,3% та зменшенням СОД на 7,6%. У другій групі хворих на ЦД 1 типу з ПМК спостерігався дисбаланс між проміжними та кінцевими продуктами ПОЛ у вигляді збільшення ДК на 36% та недостовірному зменшенні МДА. Виявлено підвищення СОД на 45%, що вірогідно зумовлено компенсаторною активацією АОЗ. У третій групі не виявлено достовірних розбіжностей в показниках ПОЛ-АОЗ, за виключенням рівня СОД.

Висновки. Встановлено, що у хворих на ЦД 1 спостерігалися зрушення в системах ПОЛ-АОЗ. Так, у хворих на ЦД 1 типу без ДСТ відмічалася активізація всіх етапів ПОЛ, у той час як у хворих на ЦД 1 типу з ПМК відмічався дисбаланс між рівнем проміжних та кінцевих продуктів ПОЛ.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМІНУ СУЛЬФАТОВАНИХ
ПРОТЕОГЛІКАНІВ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ НА ЦУКРОВИЙ
ДІАБЕТ 1 ТИПУ З ПРОЯВАМИ ДИСПЛАЗІЇ
СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

Ніколенко О. Є.

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

Останнім часом відмічається значне збільшення питомої ваги цукрового діабету 1 типу (ЦД 1) у молодому віці на фоні дисплазії сполучної тканини (ДСТ).

Мета: дослідити особливості обміну сульфатованих протеогліканів у хворих молодого віку на ЦД 1 з проявами ДСТ.

Матеріали і методи. Було обстежено 68 хворих на ЦД 1 (19 - 29 років). До першої групи увійшло 17 хворих на ЦД 1 без проявів ДСТ, друга група складалась з 19 хворих на ЦД 1 з пролапсом мітрального клапану (ПМК), до третьої групи увійшло 32 хворих на ЦД 1 з ПМК та неспецифічними проявами ДСТ, контрольну групу склали 18 умовно здорових осіб без ознак ДСТ. Спеціальне лабораторне обстеження передбачало кількісне виявлення загальних глікозаміногліканів (ГАГ) та їх фракцій у сировотці крові орциновим методом.

Результати. У групах хворих на ЦД 1 та проявами ДСТ, як специфічними, так і неспецифічними, рівень загальних ГАГ виявився у 2-2,5 рази вищим ніж у контрольній групі. Найвищий показник рівня ГАГ був у третій групі і достовірно ($0 < 0,01$) перевищував відповідний показник у першій та другій групі та у контролі. У першій та другій групах при наявності достовірного зросту рівня ГАГ у порівнянні із контрольною групою, показник виявився нижчим, ніж у хворих з ПМК та неспецифічними проявами ДСТ.

Щодо фракцій ГАГ – достовірно ($0 < 0,01$) переважали ГАГ II фракції у другій групі хворих та ГАГ I фракції у третій групі хворих.

Висновки. Рівень загальних ГАГ достовірно ($0 < 0,01$) перевищував контрольні показники в другій та третій групах обстежених. У другій групі хворих на ЦД 1 з ПМК найвищим був рівень II фракції ГАГ, в третій групі – рівень I фракції ГАГ.

ЗАСТОСУВАННЯ КАПНОМЕТРІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОБСТРУКЦІЇ ДРІБНИХ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Опімах С. Г., Ігнат'єва В. І., Назаренко К. В., Галай Л. А.

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

Мета дослідження – дослідити точність діагностики обструкції дрібних бронхів у хворих на бронхіальну астму (БА) методом капнометрії і спірометрії.

Матеріали і методи. Обстежено 30 хворих на бронхіальну астму, яким проводилися спірометрія та капнометрія (визначення парціального тиску CO_2 наприкінці видиху (PETCO_2) та середнього парціального тиску CO_2 протягом видиху (PECO_2)). Хворі були розподілені на 2 групи – з обструкцією дрібних бронхів (максимальна об'ємна швидкість видиху на рівні 75 % життєвої ємності легень (MEF_{75}) < 50,0 % від належних величин) та без такої, після чого був проведений аналіз результатів капнометрії щодо обраних показників. Були вираховані характеристики капнометрії як діагностичного тесту обструкції дрібних бронхів за допомогою побудови «латинського квадрату» або чотирипільної таблиці. Обрахунки проводилися для всіх показників PETCO_2 (4,50 кПа) та PECO_2 (3,06; 3,07; 3,08; 3,09 та 3,10 кПа), що виходять за межі 95% довірчих інтервалів цих параметрів.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати. Значення PETCO_2 у хворих з обструкцією дрібних бронхів є статистично достовірно більшим, ніж у хворих без обструкції – ($4,78 \pm 0,14$) та ($4,30 \pm 0,10$) кПа відповідно, $p < 0,05$. У хворих з обструкцією дрібних бронхів також має місце збільшення PECO_2 до ($3,29 \pm 0,10$) кПа, в той час як у хворих без порушень прохідності дрібних бронхів цей показник складав ($2,85 \pm 0,11$) кПа, $p < 0,05$. Встановлено, що саме при збільшенні PETCO_2 понад 4,50 кПа та збільшенні PECO_2 понад 3,07 кПа характеристики тесту є найоптимальнішими: точність тесту складає 86,7 %, чутливість – 78,6 %, специфічність – 93,7 %. Доведено, що прогностична цінність тесту є високою як для позитивного результату – 91,7 %, так і негативного – 83,3 %. За рахунок визначення парціального тиску CO_2 наприкінці видиху та середнього парціального тиску CO_2 протягом видиху досягається підвищення точності діагностики обструкції дрібних бронхів щонайменше на 22,0 %.

Висновок. Застосування капнометрії для діагностики обструкції дрібних бронхів у хворих на БА дозволяє підвищити точність діагностики обструкції дрібних бронхів на 22,0 %. Методика має високі показники чутливості, специфічності та прогностичної цінності, які повністю відповідають вимогам до клінічних тестів.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОЇ І ВІДЕОАСИСТОВАНОЇ БІОПСІЇ ЛЕГЕНЬ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ

Опанасенко М. С., Кшановський О. Е., Конік Б. М., Терешкович О. В.,
Шалагай С. М., Шамрай М. Ю.

*Державна установа “Національний інститут фіззіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України”, м. Київ*

Основою встановлення етіології при легеневій дисемінації (ЛД) є біопсія легені з наступним патогістологічним дослідженням. У наш час широкого розповсюдження набули методики відеоторакоскопічного (ВТС) і відеоасистованого (ВАТС) втручання для діагностики ЛД.

Метою роботи є визначення чутливості, діагностичної цінності і результативності використання відеоторакоскопічних методик біопсії при ЛД неясного генезу.

Матеріали і методи: Були проаналізовані і узагальнені дані 143 хворих із ЛД різної етіології в період з 2013 по 2017 рр. Пацієнти, включені у дослідження, були поділені на дві клінічні групи в залежності від способу забору біопсійного матеріалу: 105 (73,4 %) хворих, яким була проведена ВТС біопсія та 38 (26,6 %) хворих, яким була проведена ВАТС біопсія. Середній вік пацієнтів склав, відповідно, $(45,3 \pm 1,4)$ та $(47,5 \pm 2,2)$ років. Всім досліджуваним пацієнтам проводились загальноклінічні, інструментальні, рентгенологічні методи дослідження, а також цитологічне, бактеріологічне і гістологічне дослідження біоптатів легені.

Результати: інтраопераційні ускладнення були діагностовано у 2 (1,9 %) пацієнтів при виконанні ВТС біопсії легень. В обох випадках спостерігались пошкодження кортикального шару легені при встановленні першого торакопорту. При ВАТС біопсії легені інтраопераційних ускладнень не було зафіксовано. Післяопераційні ускладнення розвинулись в 5 (4,8 %) пацієнтів першої клінічної групи та у 3 (7,9 %) пацієнтів другої клінічної групи. Серед них: тривалий скид повітря з плевральної порожнини та інфекційні ускладнення. Середня інтраопераційна крововтрата відповідно склала $(20,0 \pm 3,5)$ мл та $(35,6 \pm 4,3)$ мл, середня тривалість оперативного втручання – $(25,2 \pm 2,6)$ хв. та $(45,1 \pm 5,6)$ хв., середній термін післяопераційного лікування – $(6,3 \pm 1,3)$ днів та $(12,5 \pm 2,4)$ днів. При виконанні ВТС біопсії легені чутливість, діагностична цінність і результативність склали 98,0 %, 99,0 %, 95,2 %, при ВАТС – 94,7 %, 100,0 %, 94,7 %, відповідно.

Висновок: відеоторакоскопічні методики біопсії легені при легеневій дисемінації неясного генезу є безпечними та ефективними інвазивними втручаннями, завдяки яким можна значно покращити ефективність діагностики даної групи захворювань.

Робота виконана за кошти державного бюджету.

ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ СИНТЕТИЧНИХ ПОХІДНИХ АСПАРАГІНУ ТА АСПАРАГІНОВОЇ КИСЛОТИ

Осолодченко Т. П., Андрєєва І. Д., Пономаренко С. В., Завада Н. П.,
Рябова І. С.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків

Мета роботи – первинний мікробіологічний скринінг синтетичних похідних аспарагіну та аспарагінової кислоти з використанням стандартного набору референтних тест-культур.

Матеріали та методи. Проведено первинний мікробіологічний скринінг 7 синтезованих похідних амінокислот, що містять в аліфатичному радикалі додаткові функціональні групи, а саме 3 похідні аспарагінової кислоти (додаткова карбоксильна група) та 4 похідні аспарагіну (додаткова амідна група). Усі речовини були синтезовані та охарактеризовані на кафедрі фармакогнозії НФАУ МОЗ України. Дослідження проведені за методом двократних серійних розведень на середовищі Мюллера-Хинтона за допомогою стандартного набору тест-культур. Чутливість грибів визначали на середовищі Сабуро. Визначались мінімальні інгібуючі та бактерицидні/фунгіцидні концентрації (МІК та МБ_цК/ МФ_цК).

Результати та їх обговорення. Усі синтезовані похідні аспарагіну та аспарагінової кислоти за своїми протимікробними властивостями були значно активнішими за відповідні нативні амінокислоти. Ступінь чутливості тест-штамів грамположитивних мікроорганізмів (*S. aureus* ATCC 25923 та *B. subtilis* ATCC 6633) до синтетичних похідних аспарагіну та аспарагінової кислоти виявився достатньо високим. МІК усіх речовин знаходилась у межах 7,8 – 31,25 мкг/мл, МБ_цК – у межах 15,6 – 62,5 мкг/мл. Дещо менш чутливими до синтетичних похідних аспарагіну та аспарагінової кислоти виявились референтні штами грамнегативних мікроорганізмів (*P. vulgaris* ATCC 4636, *E. coli* ATCC 25922 та *P. aeruginosa* ATCC 27853). Щодо них речовини проявляли здебільшого помірний інгібуючий ефект (МІК 31,25 – 62,5 мкг/мл). Бактерицидна активність нових сполук виявилась помірною щодо тест-штаму *E. coli* ATCC 25922 (МБ_цК у межах 31,25 – 62,5 мкг/мл) та переважно невисокою щодо інших досліджених грамнегативних тест-штамів (МБ_цК у межах 125,0 – 250,0 мкг/мл). Антифунгальна активність синтетичних похідних аспарагіну та аспарагінової кислоти виявилась невисокою (МІК у межах 62,5 – 250,0 мкг/мл, МФ_цК – у межах 125,0 – 500,0 мкг/мл).

Висновок. За результатами первинного мікробіологічного скринінгу синтетичних похідних аспарагіну та аспарагінової кислоти встановлено значно більш високу їх протимікробну активність у порівнянні з відповідними нативними амінокислотами, що доводить перспективність подальших досліджень у даному напрямку.

**ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ
З МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПАРАМЕТРАМИ СЕРЦЯ
У ХВОРИХ НА ХОЗЛ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ**
**Оспанова Т. С., Семидоцька Ж. Д., Чернякова І. О., Авдєєва О. В.,
Піонова О. М., Грифонова Н. С.**

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити особливості взаємозв'язків ліпідного спектру та показників ехокардіографії при ХОЗЛ в умовах коморбідності з ішемічною хворобою серця (ІБС), гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали та методи: Обстежено 35 хворих ХОЗЛ в стадії загострення з коморбідною патологією. Критерії GOLD (2017 р.) використовувалися для верифікації ХОЗЛ. Стандартним методом визначалися показники ліпідного профілю. Дослідження структурно-функціонального стану серця здійснювалося за стандартною методикою трасторакального УЗД (W Philips HDI-11). Використовувалися непараметричні методи статистичної обробки (Statistica 10), дані виражені медіаною Me з межквартильним діапазоном (Me [25%-75%]), якщо не вказано інше. Коефіцієнт кореляції Спірмена (R) застосовано для оцінки залежності між показниками.

Результати дослідження. Обстежено 35 хворих на ХОЗЛ з коморбідною патологією, 57,14% чоловіків і 42,86% жінок, середній вік склав 57,0 [54,0-67,0] р., тривалість захворювання 10,02 [5,0-15,0] р. Коморбідність з ІХС та ГХ виявлено у 65,71% хворих, з ЦД 2 типу - у 31,43% хворих, з ІХС – у 22,86% хворих, з ГХ – у 11,43% хворих.

Кореляційний аналіз виявив в групі хворих без коморбідності з ІБС позитивні кореляції ЛПНП з діаметром аорти ($R=0,85$) і негативні з КДР ЛШ ($R=-0,83$). Кількість кореляційних зв'язків збільшується при коморбідності з ІБС: з'являються кореляції між ОХС з СРБ, що свідчить про участь ліпідів у системному запаленні, ОХС ($R=0,43$) та ЛПОНП ($R=0,45$) з діаметром аорти, ЛПНП з ТМЖП ($R=0,39$), позитивні кореляції ЛПОНП з ФВ ($R=0,38$).

У групі хворих ХОЗЛ без ГБ виявлено 5 достовірних кореляцій різних показників з ліпідами: позитивні кореляції ОХС з СРБ ($R=0,75$), позитивна кореляція між рівнем ЛПВП і НвА1С ($R=0,76$), а також негативна зв'язок ЛПВП та КДО ЛШ ($R=0,68$), позитивна кореляція ТГ і ФВ ($R=0,66$), а також ТГ і КДР ЛШ ($R=0,70$). При коморбідності ХОЗЛ і ГБ виявлено 5 кореляцій між показниками ліпідограми та ЕхоКГ: ОХС та діаметром аорти ($R=0,51$), ЛПНП і ТМЖП ($R=0,45$), діаметром аорти ($R=0,44$) і КСД ПП ($R=0,54$).

Висновки: аналіз отриманих нами даних свідчить про вплив ліпідів на процеси ремоделювання правого шлунку, правого передсердя, аорти і лівого шлуночка, а також на розвиток легеневої гіпертензії, що опосередковано участю ліпідів у системному запаленні.

РОЛЬ АДИПОЦИТОКІНІВ В ПАТОГЕНЕЗІ СУКУПНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Пасієшвілі Л. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Часте поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та хронічного панкреатиту (ХП) обумовлено багатьма причинами, серед яких велика розповсюдженість захворювань, вплив негативних факторів, а саме, тютюнопаління, хронічного стресу, зловживання алкоголю тощо.

Мета роботи: дослідити вміст та визначити роль гормонів жирової тканини (ФНП- α та резистину) в сукупному перебізі хронічного панкреатиту та артеріальної гіпертензії.

Матеріали і методи. Обстежено 27 осіб з поєднанням ХП та АГ віком $37,4 \pm 2,3$ роки та тривалістю анамнезу захворювань від 2 до 14 років; переважали чоловіки – 66,7%. 12 пацієнтів мали підвищену масу тіла та 15 осіб ожиріння 1-ї ст. Прояви ГХ відповідали 2 стадії, 2 ступеню захворювання, згідно рекомендацій Європейського товариства гіпертензії (ESH) по веденню артеріальної гіпертензії (2009). Діагноз ХП встановлювали за оцінкою скарг пацієнтів, даних анамнезу та результатів додаткових методів дослідження, з урахуванням наказу МОЗ України №638 від 10.09.2014р.

До групи порівняння увійшло 19 осіб на ізольовану АГ з нормальною масою тіла. 20 практично здорових осіб склало групу контролю. Усі обстежені були співставлені за віком та статтю.

Вміст ФНП- α та рівень резистину сироватки крові визначали імуноферментним методом (реактиви «Вектор-біюст», Росія) та «BioVendor» (Чеська республіка), відповідно.

Результати. При визначенні вмісту ФНП- α було встановлено його підвищення як у групі пацієнтів з поєднаною патологією ($65,4 \pm 3,7$ пкг/мл), так і при ізольованій АГ ($42,0 \pm 3,9$ пкг/мл), при нормі – $28,9 \pm 1,8$ пкг/мл. Рівень резистину у сироватці крові також вірогідно підвищувався і складав, відповідно, $7,4 \pm 0,4$ нг/мл та $5,1 \pm 0,2$ нг/мл, при нормі $4,2 \pm 0,2$ нг/мл. Означені показники не мали кореляційної залежності від ІМТ, хоча і відзначалася тенденція до їх підвищення при ожирінні 1 ст. проти групи з надлишковою вагою. Також не відзначали залежності вивчених маркерів з тривалістю захворювання.

Висновки. Зміни в показниках ФНП- α у означених хворих можуть бути результатом запалення в підшлунковій залозі, гіперліпідемії та формування ендотеліальної дисфункції. Збільшення вмісту резистину можна розглядати як підвищення його синтезу жировою тканиною, так і пре диктором формування інсулінорезистентності.

РІВЕНЬ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST ЗАЛЕЖНО ВІД МЕДІАННОГО РІВНЮ

Петюніна О. В., Копиця М. П., Кутя І. М., Вишневська І. Р.

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

Стимуляція ангиогенеза необхідна для ішемізованої або ушкодженої інфарктом тканини. Підвищення рівню васкулоендотеліального фактору росту (ВЕФР) після ІМ може бути відповідальним за репарацію серця після події.

Мета роботи – вивчити рівень ВЕФР у хворих з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST.

Матеріали і методи. До дослідження було залучено 62 пацієнта з ІМзEST, 51 (82,3%) чоловіків та 11 (17,7%) жінок, вік у середньому ($58,63 \pm 8,90$) років. Дослідження рівня ВЕФР проводили імуноферментним методом. В контрольну групу увійшли 25 практично здорових осіб, співставних за віком та показниками, що вивчаються, рівень ВЕФР котрих склав $89,37 [35,05-102,79]$ пг/мл. Пацієнти були класифіковані до «низької» (ВЕФР \leq 160 пг/мл) та «високої» (ВЕФР $>$ 160 пг/мл) груп та в подальшому аналіз проводився саме в них.

Результати. Достовірні розбіжності в рівні ВЕФР виявлені за КДД ЛШ, він виявився більшим в «низькій» групі (P=0,012) та ММЛШ, яка також виявилась достовірно більшою в «низькій» групі (P=0,049). Підвищений рівень ВЕФР може вивільнятися при розтягненні стінки лівого шлуночку у відповідь на гемодинамічний стрес. Можливо, ВЕФР може бути залученим в серцево-судинне ремоделювання через ST2/IL33-шлях, який активується біомеханічним стресом або є результатом ішемічного ушкодження. Маркери некрозу міокарда – КФК та КФК-МВ були достовірно вищими у «високої» групі, відповідно (P=0,012) та (P=0,01).

Висновки. Більш високі рівні ВЕФР асоціювались з розмірами лівого шлуночку що надає припущення про важливу роль біомаркеруа при збільшенні його розмірів.

СИНДРОМ "НИЗКОГО ТРИЙОДТИРОНИНА" И ЕГО ЧАСТОТА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Пивовар С. Н.

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

Цель работы: исследовать частоту синдрома "низкого трийодтиронина" (СНТТ) у больных с сердечной недостаточностью (СН) во время госпитализации в связи с декомпенсацией и его влияние на течение заболевания.

Материал и методы. В исследование было включено 188 больных с СН на фоне постинфарктного кардиосклероза (73 женщины и 115 – мужчин). Критерием синдрома «низкого трийодтиронина» («Low T₃») был: уровень свободного T₃ (T_{3f}) <2,0 пг / мл, при нормальном уровне ТТГ и T_{4f}. Пациенты прошли стандартизованную оценку, которая включала подробный анамнез заболевания и жизни, физикальный осмотр, параметры клинического и биохимического анализов крови, ЭКГ (12 отведений) при госпитализации. Проводили Эхо-КС во время госпитализации. Для определения сывороточного уровня гормонов (ТТГ, свободный T₃ и свободный T₄) использовали наборы реактивов (ДС-ИФА-Тироид). NT-proBNP в сыворотке крови оценивали иммуноферментным методом с использованием наборов реактивов Insulin ELISA (DRG Instruments GmbH, Германия). Измерение оптической плотности и расчет результатов проводили полуавтоматическим иммуноферментным анализатором «Immunochem 2100» (США).

Результаты и обсуждение. Частота СНТТ среди больных с СН при госпитализации составляет 27,7 %. При СН на фоне постинфарктного кардиосклероза, концентрация натрийуретического пептида находится в слабой прямой корреляционной зависимости с частотой синдрома «низкого трийодтиронина» ($r = +0,23$, $p < 0,05$) и в обратной (средняя степень) с сывороточным уровнем свободного трийодтиронина (T_{3f}) ($r = - 0,46$, $p < 0,05$). Больные с СН, протекающей на фоне СНТТ, при госпитализации имеют: на 10,5% ниже величину ФВ ЛЖ ($p < 0,05$); больше на 5,7% конечный диастолический размер ЛЖ ($p < 0,05$) и ЧСС (на 14,3%, $p < 0,05$), меньше скорость клубочковой фильтрации (на 10,6%, $p < 0,05$) и уровень гемоглобина крови (на 6,5%, $p < 0,05$), по сравнению с данными величинами при отсутствии периферического дистиреоидизма.

Выводы. Частота синдрома «низкого трийодтиронина» при СН – 27,7%. При СН натрийуретический пептид находится в прямой корреляционной зависимости с частотой синдрома «низкого трийодтиронина» и в обратной с уровнем T_{3f}. Больные с СН при поступлении имеют: меньшую величину ФВ ЛЖ; большие конечный диастолический размер ЛЖ и ЧСС; меньшую скорость клубочковой фильтрации и уровень гемоглобина крови.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ. МОЖЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Питецька Н. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічна венозна недостатність (ХВН) або хронічні захворювання вен сьогодні є однією з найбільш поширених патологій судинної системи, виникнення якої в спектрі захворювань людського організму обумовлено переходом наших далеких предків до пересування у вертикальному положенні. Людина – це єдиний представник тваринного світу планети, що страждає на ХВН.

За даними ВООЗ у кожного 2-го жителя планети зареєстровано варикозну хворобу. На 2-х хворих чоловіків припадає 3-4 жінки. При цьому в 85% випадків варикозна хвороба у жінок виникає під час вагітності. Така висока частота поширеності дозволяє вважати ХВН «хворобою цивілізації». Підставою для такої оцінки захворювання є той факт, що більшість людей, що страждають на ХВН, живе в містах і в економічно розвинених країнах. І якщо раніше захворювання відносили до проблем осіб старшої вікової групи (50 років і старше), то наразі у 10-15% школярів у віці 12-13 років виявляють перші ознаки венозного рефлюксу.

У патогенезі ХВН значна роль належить факторам ризику, серед яких виділяють ті, що сприяють розвитку захворювання (спадковість, слабкість венозної стінки, недорозвиненість клапанів, вагітність, закрепи) і ті, що його реалізують (спосіб життя, вживання контрацептивів, одяг, що стискає, тісне взуття, високий каблук). Взаємодія цих факторів сприяє зниженню тонуусу венозної стінки, що призводить до венозного стазу, який ініціює каскад патологічних змін на молекулярному, клітинному і тканинному рівнях, в результаті яких формуються умови для підвищеного тромбоутворення.

Програма консервативної терапії включає, перш за все, корекцію модифікованих факторів ризику, незалежно від стадії захворювання, компресійну терапію і медикаментозне лікування, в якому важлива роль належить флеботропним препаратам з широким спектром фармакологічних ефектів.

Таким чином, лікування хронічної венозної недостатності повинно бути комплексним. Необхідно, щоб вибір фармакологічних препаратів ґрунтувався на їх здатності впливати на всі ланки патогенезу захворювання і покращувати його перебіг.

КОРЕКЦІЯ ІШЕМІЇ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ЛЕГЕНЕВИМ СЕРЦЕМ МЕТАБОЛІЧНИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П.,
Балагова Л. П., Касторнова Ю. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хворі з хронічним легеневим серцем (ХЛС) мають клінічні і електрокардіологічні ознаки ішемії міокарду. Це пов'язано з тим, що зниження кровообігу супроводжується підвищенням реніну і інших медіаторів, і, як наслідок, накопиченням вільних радикалів та підвищенням енергозатрат. В останній час для лікування ішемії міокарду метаболічної корекції приділяється велике значення, особливо у випадку використання мельдонію + γ -бутиробетаїна дигідрата. Літературні дані свідчать, що мельдоній + γ -бутиробетаїн підвищує рівень оксиду азота (NO), який регулює впливи на судинну стінку та знижує внутріклітинний рівень кальцію, призводить до вазорелаксації. Тобто в умовах ішемії міокарду він швидко та потужно знижує енергозатрати та підсилює біосинтез NO, покращує реологічні властивості крові у хворих ХЛС з ішемією міокарду.

Мета: оптимізація лікування ішемії міокарду із застосуванням мельдонію + γ -бутиробетаїну дигідрату у терапії хворих ХЛС.

Матеріали і методи: під спостереженням перебували 62 хворих з ішемією міокарду на тлі ХЛС. Всі хворі одержували загально прийнятні лікарські засоби. Хворим 1-ї групи (27 чоловік) додатково призначали пентоксифілін, а хворим 2-ї групи (35 чоловік) до цієї терапії включали мельдоній + γ -бутиробетаїн по 2 капсули 2 рази на добу з подальшим прийомом його на протязі 6 тижнів. Вивчали гази крові, NO, ендотелін-1, цитокіни та агрегаційні властивості тромбоцитів.

Результати: на тлі проведеної загальної терапії із включенням мельдонію + γ -бутиробетаїну дигідрату у хворих 2-ї групи спостереження зменшувались частота і інтенсивність кардіалгії та відбувалось відновлення ЕКГ-кривої. Поліпшення клінічних проявів захворювання і ЕКГ супроводжувалося підвищення рівню цГМФ, NO та зниженням рівня ендотеліна-1. Відмічалось вірогідне зниження ІЛ-1 β , ФНП та підвищення ІЛ-4. Це свідчить, що мельдоній + γ -бутиробетаїн дигідрат в умовах ішемії міокарду пригнічує прозапальну дію медіаторів через механізм зменшення енергодефіциту.

Висновок: застосування мельдонію + γ -бутиробетаїну дигідрату у терапії ішемії міокарду хворих ХЛС супроводжувалося поліпшенням кровообігу у коронарних судинах серця, про що свідчить відновлення ЕКГ-кривої як наслідок підсилення енергетичного обміну у цих хворих у ранньому і віддаленому періоді захворювання.

ЛІКУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ЛЕГЕНЕВИМ СЕРЦЕМ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П.,
Балагова Л. П., Кастирнова Ю. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Ускладнення хронічного обструктивного захворювання легень, тобто підвищення внутрішнього торокального тиску, веде до хронічного легеневого серця (ХЛС) та формуванням недостатності кровообігу (НК). НК знижує ефективну циркуляцію крові, погіршує газообмін та стимулює ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, що спонукає до розвитку фіброзу. Тому використання лікарських засобів з антиальдостероновою дією - торасеміду® і блокатора рецепторів ангіотензина II - телмісартану, на наш погляд, дає можливість більш ефективно гальмувати наслідки набрякового синдрому у хворих ХЛС.

Мета: оптимізація лікування НК у хворих ХЛС.

Матеріали і методи: усі 73 хворих з ХЛС з НК одержували загально прийняту терапію, з яких 20 хворих додатково отримували телмісартан 80 мг/добу (група порівняння), а 53 хворих - телмісартан з торасемідом® 20 мг/добу (основна група). Оцінювали показники центральної гемодинаміки та рСО₂ і рО₂ в артеріальній крові. Вивчали рівень оксиду азоту (NO), реніну, ангіотензину, альдостерону та ендотеліну-1.

Результати: на тлі проведеної терапії у хворих як в групі порівняння, так і основної групи, відзначалось значне зменшення задишки, ядуги, розмірів печінки та набряків нижніх кінцівок, що супроводжувалось вірогідним підвищенням фракції викиду лівого шлуночку. Поряд з підвищенням рівня NO відмічалось зниженням концентрації реніну, ендотеліну-1, ангіотензину II та альдостерону без помітних коливань рівня іонів натрію і калію. Тобто така комбінація лікарських засобів блокує пресорні системи та викликає релаксацію судин малого кола кровообігу у хворих з ХЛС, що спонукає до відновлення функції та геометрії міокарду у хворих з ХЛС.

Висновок: застосування телмісартану та телмісартану з торасемідом® у терапії НК хворих з ХЛС супроводжувалося розвантаженням малого і великого кола кровообігу, підвищенням фракції викиду і NO, зниженням рівня альдостерону, ангіотензину II і ендотеліну-1. Все це дає можливість рекомендувати таку комбінацію лікарських засобів для лікування НК у хворих з ХЛС.

ФЕЛОДІПІН У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П.,
Балагова Л. П., Касторнова Ю. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) супроводжуються підвищенням тиску у малому колі кровообігу. В зв'язку з цим у хворих на ХОЗЛ використовуються антагоністи кальцію як лікарський засіб впливу на тиск. Таким препаратом є фелодіпін. Він блокує потік іонів Ca^{2+} в клітини судин, знижує перетворення зв'язаних з фосфатами енергію в механічну роботу.

Мета: оптимізація лікування хворих на ХОЗЛ з легеневою гіпертензією.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням перебували 57 хворих на ХОЗЛ. Середній вік хворих склав (56 ± 6) років. Усі хворі одержували загальну терапію. Пацієнтам 2-ї групи (39 хворих) додатково включали фелодіпін (фелодип) 10 мг на добу. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ, а середній тиск в легеневій артерії за допомогою доплерЕхоКГ. Визначали зміни ліпідів, ліпопротеїдів, рівень реніну, ангіотензину II, ендотеліну-1, циклічних нуклеотидів. Вивчали прозапальні інтерлейкіни (ІЛ) ІЛ-1 β , фактор некрозу пухлини (ФНП) α та протизапальний ІЛ-4.

Результати: на тлі проведеної терапії з включенням фелодіпіну у хворих 2-ї групи порівняно з хворими 1-ї групи відзначалось: зниження середнього тиску у малому колі кровообігу, зменшення задишки, підвищення порога фізичних навантажень без розвитку ангінального синдрому. Стан компенсації супроводжувався позитивними змінами показників ліпідного і ліпопротеїдного обміну та реніну, ангіотензину II, ендотеліну-1. Крім того, у 2-й групі спостереження відмічалось зниження рівня ІЛ-1 β , ФНП α та підвищення рівня ІЛ-4.

Висновок: зазначені позитивні клініко-гуморальні та гемодинамічні зміни позитивно характеризують застосування фелодіпіну у дозі 10 мг на добу як засіб антигіпертензивної дії, що дає можливість рекомендувати його у комплексній терапії хворих на ХОЗЛ.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У МОКРОТИННІ, ЯК МАРКЕРА ЛОКАЛЬНОГО ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Попадинець І. Р., Михалойко І. С., Курилів Г. М., Мигович В. В.,
Штефюк Т. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Підвищення рівня С-реактивного білка (СРБ) є універсальною ознакою запалення незалежно від локалізації та інших характеристик запального процесу, що дозволяє назвати його основним маркером системного запалення в організмі. Виявлений досить виражений взаємозв'язок між запаленням органів дихальної системи та системними запальними проявами. З огляду на загальну біологічну функцію СРБ, потрібно вважати закономірним виявлення цього білка безпосередньо у «вогнищах ураження».

Мета дослідження: оцінити діагностичну цінність визначення рівня СРБ у сироватці крові та мокротинні у хворих на БА.

Матеріали і методи: усім пацієнтам було проведено загальноклінічне обстеження, комп'ютерна спірометрія. Рівень СРБ у сироватці та мокротинні визначали напівкількісним методом латекс-аглютинації.

Результати: обстежено 64 хворих на БА II-III ступенів тяжкості. У хворих на БА відзначалося достовірне підвищення СРБ у сироватці крові в порівнянні зі здоровими особами. Результати визначення СРБ у мокротинні показали його підвищений у 4,6 раза ($p < 0,05$). Також виявлено, що у мокротинні рівень СРБ був достовірно вищим, ніж у сироватці крові ($p < 0,05$). При кореляційному аналізі між рівнем СРБ у мокротинні та ОФВ₁ у хворих на БА, виявлено сильну зворотню залежність ($r = -0,82$, $p < 0,01$).

Висновок: підвищення рівня СРБ є універсальною ознакою запалення, а достовірне підвищення його рівня у мокротинні підтверджує його діагностичну цінність, як маркера активності запального процесу в бронхіальному дереві.

ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ ЯК ОДИН ІЗ НАСЛІДКІВ ВІРУСНО- БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Попова Н. Г., Торяник І. І.

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

Зміни у ліпідному складі сироватки відображають компенсаторні та захисні реакції, глибину уражень та швидкість усіх відновних процесів у системі. Визначення впливу бактеріально-вірусної інфекції (БВІ) на рівень окремих ліпідів сироватки крові проводили на прикладі встановлення рівня холестерину (Хс) у дітей хворих на БВІ різних вікових категорій. У результаті дослідження з'ясовано, що рівень Хс у сироватці крові дітей, які склали контрольну групу не перевищував вікову норму і становив відповідно 2,44-4,15 ммоль/л. Зазначеній стратегії відповідали показники функціональних проб, призначені з метою об'єктивізації клінічної картини та були обов'язковими за умов перебування хворої дитини в стаціонарі. Іншим чином склалась ситуація у дітей, хворих на змішану БВІ, у яких показники рівня Хс сироватки крові виявились найбільш високими та досягали 5,15-6,10 ммоль/л. Проміжною позицією характеризувались результати, отримані у разі обстеження пацієнтів із встановленою герпесвірусною (ВПГ) та мікоплазменною інфекціями (МЛ). У першому випадку ВПГ рівень Хс у сироватці крові перевищував відповідні (3,95-5,35 ммоль/л) показники у хворих з мікоплазмозами (МЛ) і становив 4,10-5,65 ммоль/л. Проте, отримані проби від пацієнтів як 2-ї, так і 3-ї груп кількісно все ж не досягли рівня Хс, що спостерігався у обстежених із змішаною БВІ. Інфекційна гіперхолестеринемія у сироватці крові носила адаптивний характер та була пов'язана із активізацією холестериногенезу. Ця реакція - загальна функціональна відповідь клітин на ушкодження та подальше відновлення їхніх мембран. Пролонгована дія інфекційного агенту щодо клітин носила потенціюючого впливу на зміни у динаміці рівня Хс. Проте, саме із нею були пов'язані наступна поступова адаптація та низка важливих обмінних процесів: стимуляція синтезу Хс у печінці з підвищенням швидкості його транспорту у кров; затримка Хс у кровоносному руслі через функціональні ушкодження печінки (гігантоклітинний метаморфоз, гіперхроматоз, альтерація гепатоцитів, вакуолізація цитоплазми); зменшення швидкості утилізації ліпопротеїдів в екстрапечінкових тканинах. Важко сказати, який саме із вищезгаданих процесів додавав вирішального внеску у розвиток інфекційної гіперхолестеринемії у сироватці крові дітей, хворих на БВІ. Проте, атерогенна ситуація у крові, коли репаративні потреби у Хс незначні, навряд чи змогли б надати благоприємного впливу на функціональний благоустрій його систем. Додаткова інфекційна стимуляція у вигляді призводила на певний час до помітного підвищення рівня Хс. Останній фактор стимулював більш глибокі структурно-функціональні зміни порівняно із моно інфекцією.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ STEMI

Потяженко М. М., Іщейкін К. Є., *Лавренко О. С.,

*Ткач Л. І., Настрога Т. В.

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», *КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Полтава*

Мета: провести аналіз результатів надання ЕМД на догоспітальному етапі хворим зі STEMI бригадами КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за 2015-2017 роки.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз 636 карт виїзду бригад ЕМД (Ф № 110/0) та супровідних листів (Ф № 114/0) за 2015-2017 р. пацієнтів зі STEMI, яким проводилася реперфузійна терапія.

Результати. Основним методом відновлення прохідності інфарктзалежної артерії (ІЗА) у хворих зі STEMI, відповідно до Наказу МОЗ України № 455 від 2014р., є проведення первинних перкутанних коронарних втручань (ПКВ). Лікарсько-фельдшерськими бригадами ЕМД пацієнти зі STEMI госпіталізуються у відділення інтервенційної радіології (ВІР) Полтавської обласної клінічної лікарні для проведення ургентного ПКВ. Кількість госпіталізацій до ВІР у 2015 р. – 51 пацієнт, у 2016 р. – 157, у 2017 р. – 193, тобто збільшилося в 3 рази. Завдяки дистанційній маршрутизації пацієнта, час «перший медичний контакт (ПМК) – балон» скоротився вдвічі і, в середньому складає 54 хв. Якщо час «ПМК – балон» перевищував 120 хв., бригадами ЕМД проводився догоспітальний тромболізіс, якого потребували 30% хворих зі STEMI. Основним препаратом для проведення догоспітального тромболізісу у пацієнтів зі STEMI була тенектеплаза, яка застосовувалась протягом 2015-2017 р. у 294 випадках, з яких фельдшерськими бригадами у 84 (29%). Летальність хворих зі STEMI, після ПКВ становила у 2015 р. – 6,3%, у 2016р. – 5,5%, у 2017 р. – 7,1%. Летальність серед пацієнтів зі STEMI, яким перед стентуванням попередньо проводився тромболізіс у 2015 р. – 3,3%, у 2016 р. – 3,5%, у 2017 р. – 4,1%. Отримані результати дозволяють стверджувати про ефективність своєчасної ранньої реперфузії. Незначне підвищення летальності при проведенні ПКВ можна пояснити розширенням показань та більш старшою віковою групою хворих.

Висновки. Дистанційна ЕКГ діагностика STEMI з наступною консультацією за допомогою телеметричних систем дозволяє успішно проводити тромболізіс фельдшерськими бригадами вже на догоспітальному етапі. Дистанційна маршрутизація пацієнтів із STEMI за допомогою телеметричних систем зменшує час ЕМД – стент удвічі. Вчасне застосування реперфузійної терапії сприяло зниженню летальності хворих зі STEMI на Полтавщині.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ – ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ І АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Потяженко М. М., Ішейкін К. Є., Настрога Т. В., Кігура О. Є.

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

Мета дослідження. Підвищити ефективність базисної терапії коморбідної патології – ІХС: стенокардії напруги ФК II-III та артеріальної гіпертензії (АГ) II ст. у хворих похилого віку із застосуванням на фоні базисної терапії препаратів кардіо- і церебропротекторної дії – мельдонію (тризипіну) та мебікару (адаптола).

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 70 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги ФК II-III у поєднанні з АГ II ст. Середній вік пацієнтів становив $71,7 \pm 2,1$ років. Діагнози ІХС ставили згідно з наказом МОЗ України 02.03.2016р. №152 та № 384 від 24.05.2012р. Рівень реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) оцінювали за допомогою опитувальника – Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна. Толерантність до фізичного навантаження - за допомогою тесту з 6-ти хвилинною ходою (6MWD). Пацієнти були розподілені на дві групи: першій – контрольній (n=35) – призначали загальноприйнятну базисну терапію. У другій групі – основній (n=35) до базисної терапії був доданий препарат метаболічної дії – розчин тризипіну 5,0 на фіз. 10,0 внутрішньовенно струмно №5, з подальшим пероральним застосуванням по 0,5 1 раз на добу та мебікар по 300 мг 3 рази на добу – 3 тижні.

Результати. Після проведеної терапії, відмічено позитивну клінічну динаміку у хворих обох груп, але середні терміни зникнення головного болю у хворих основної групи склали – $3,2 \pm 0,42$ доби, тоді як у хворих контрольної групи $4,7 \pm 0,6$ ($P < 0,05$); запаморочення – $4,1 \pm 0,48$ доби та $5,9 \pm 0,56$ ($P < 0,05$); шуму у вухах – $3,6 \pm 0,9$ доби та $5,1 \pm 0,74$ ($P > 0,05$); задишки – $3,8 \pm 0,44$ та $5,4 \pm 0,38$ ($P < 0,05$). Середній рівень РТ у хворих основної групи після лікування знизився на 28,4% ($P < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи на 17,7% ($P > 0,05$). Систолічний артеріальний тиск (АТ) у хворих основної групи знизився на 21,9 % ($p < 0,05$), тоді як у контрольній групі – на 19,8% ($P < 0,05$). Діастолічний АТ у хворих основної групи знизився на 25% – ($P < 0,05$), тоді як у контрольній – на 19,2% ($P < 0,05$). Результати тесту 6MWD: у контрольній групі, пройдена відстань збільшилась не суттєво на 10,3% ($P > 0,05$), тоді, як у хворих основної групи збільшилась на 16,8%. ($P < 0,05$). Фракція викиду у хворих основної групи зросла на 8,1% ($P < 0,05$), тоді як у контрольній групі – на 5,3% ($P > 0,05$).

Висновки. Комплексна терапія із застосуванням препаратів кардіо- і церебропротекторної дії – мельдонію та мебікару сприяє підвищенню ефективності антиангінальної та антигіпертензивної терапії у даної категорії хворих.

**ЕОЗИНОФІЛІЯ У ДІТЕЙ З КРИПТОСПОРИДИОЗОМ ТА
ДЕТЕКТОВАНОЮ ВІЛ/СНІД – ІНФЕКЦІЄЮ**
**Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А.,
Костиця І. А., Похил С. В.**

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

Як відомо, еозинофіли являють собою клітини, що здатні до фагоцитозу комплексу антиген-антитіло та представлені, головним чином, імуноглобуліном Е. Еволюція еозинофілів складається із кількох ланок: дозрівання у кістковому мозку, циркуляція у периферичній крові та міграція у тканини, де їхнє перебування триває 8-12 діб. На відміну від нейтрофілів еозинофіли не містять таких речовин як лізоцим та лужна фосфатаза. Вони активно реагують на хемотаксичні фактори, що виділяють тучні клітини та базофіли, комплекси антиген-антитіло. Функції цих клітин найбільш інтенсивно проявляються у сенсibiliзованих тканинах. Еозинофіли залучаються до реакцій негайного та уповільненого типу. Вони мають специфічний добовий біологічний ритм коливань власної чисельності у крові з максимальним підйомом у ночі та спадом у денний період. Зростання кількості еозинофілів, відоме як еозинофілія, супроводжує реакції імунного конфлікту, захворювання сполучної тканини (фібропластичний парієтальний ендокардит, вузелковий периартеріт, ревматоїдний артрит), злоякісні захворювання крові, атопічну алергію, паразитози. За умов клінічного стаціонару спостерігали реакцію еозинофілів крові у дітей віком від 1,5 місяців до 3 років з детектованою ВІЛ/СНІД – інфекцією, що розвивалась на тлі детектованого криптоспоридіозу. (Звертаємо увагу, що кожна дитина походила із числа соціально невлаштованих родин. Батьки невідомі або ведуть асоціальний образ життя, страждають на алкоголізм та наркоманію). У кожному із випадків клінічний дебют характеризувався гострим та підгострим розмитим початком, хвилеподібною лихоманкою, запаленням слизової верхніх дихальних шляхів, диспепсичними розладами, поліартралгіями, гепатоспленомегалією. У дітей відмічали виразний неврологічний синдром, що супроводжувався запамороченням, судомами, появою патологічних рефлексів, регідністю м'язів потилиці. Параметри крові відрізнялись фазністю. На тлі незначної лейкопенії починався підйом чисельності лейкоцитів із стрибком числа еозинофілів до 10-27 %. Згодом додавались розлади у системі дихання зі зростанням порушень астматичного характеру, появою стійкого сухого кашлю (на тлі ущільнення коренів легень, детекції інфільтрату). Рівень еозинофілів зростав критично до 56%, патологічна симптоматика зростала (приєднання шлунково-кишкової симптоматики). Перевод дітей до реаніматологічного відділення та застосування відповідної терапевтичної тактики не призвів до поліпшення стану здоров'я. Захворювання завершилось летально.

ЕРЛІХІОЗ. СТИСЛИЙ НАРИС З ІСТОРІЇ ВІДКРИТТЯ

Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А.,
Костира І. А., Похил С. В.

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

Ерліхіозна інфекція трансмісивне інфекційне захворювання людей та ссавців, що викликане облигатними внутрішньоклітинними патогенами - бактеріями роду *Ehrlichia*, відповідно, характеризується розвитком синдрому загальної інфекційної інтоксикації та специфічним враженням клітин мезодермального походження. Ерліхіоз є типовим природно-вогнищевим зоонозом і передається через укуси інфікованих іксодових кліщів (Ixodidae), серед яких представникам родів *Ixodes*, *Amblyomma*, *Dermacentor*, *Rhipicephalus* відведена основна роль як векторів, так і резервуарів збудників. З часу відкриття в 1925 році першого представника роду *Ehrlichia* - *E. ruminantium* (ex - *Cowdria ruminantium*) і до 1986 року ерліхії також були відомі як збудники трансмісивних захворювань тварин. Поштовхом для поглиблених досліджень цих мікроорганізмів слугував випадок масової загибелі собак в Алжирі у 1935 році. Дослідження тварин дозволило вченим Donatien A., Lestoquard F. в 1935 році описати новий вид *Rickettsia canis* (нині *E. canis*) - типовий вид. Класифікація і номенклатура ерліхії також постійно змінювалась завдяки відкриттям нових видів та їх генетичних варіантів. Перший випадок ерліхіозу людини - наявність специфічних морул в лейкоцитах хворого на тлі лихоманки невідомої етіології, тромбоцитопенії, азотемії, гіпоксемії, описано К. Маеда та співав. в 1986 році в США. Подальші дослідження інших науковців з використанням електронно-мікроскопічних, імунологічних та молекулярно-генетичних (секвенс гену 16S rRNA) методів дали підставу для описання в 1991 році нового виду *E. chaffeensis* - збудника ЕІ, який є основним етіологічним агентом МЕЛ в США. В діючій сьогодні Міжнародній статистичній класифікації хвороб і пов'язаних з ними проблем здоров'я населення десятого перегляду (МКХ-10), прийнятій на сорок третій Всесвітній Асамблеї охорони здоров'я (1992 р.) немає окремих рубрик для реєстрації АІ та ЕІ. В МКХ-10 виключена рубрика: Рикетсіози. "Рикетсіоз, спричинений *Ehrlichia sennetsu*" (А 79.8). Незважаючи на більш ніж сторічний досвід дослідження біологічних властивостей анаплазм та ерліхій, ця група мікроорганізмів і на сьогодні є відносно маловивченою. Тому, їх таксономія (класифікація, номенклатура, критерії ідентифікації) постійно змінюється. На сьогодні представники роду *Ehrlichia* входять до царства Bacteria, типу Proteobacteria, класу α (Alpha) Proteobacteria, порядку Rickettsiales, Всі представники чотирьох родів є облигатними внутріклітинними протеобактеріями, які розмножуються в спеціалізованих вакуолях еукаріотичних клітин. Рід *Ehrlichia* налічує п'ять видів. *E. chaffeensis* - домінуючий збудник ЕІ (МЕЛ) в США, *E. muris* - домінуючий збудник МЕЛ в Європі, Азії, Японії.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОБРОЯКІСНИХ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЙ

Радченко О. М., Гук-Лешневська З. О., Комариця О. Й.,
Макаренко Т. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Доброякісні функціональні гіпербілірубінемії (ДФГБ) можуть впливати на трансформацію усіх ліків, змінювати природній перебіг інших хвороб і провокувати інші ураження печінки. З метою аналізу клініки та маркерів перебігу ДФГБ обстежено 63 чоловіки віком $29,08 \pm 1,65$ років, які проходили стаціонарне лікування у військовому шпиталі, мали негативні маркери вірусних гепатитів та заперечували вживання алкоголю. Лише один пацієнт відмічав наявність синдрому Жільбера з дитинства. Цифрові дані опрацьовані статистично; поріг істотності $p < 0,05$.

Виявилось, що параметри загального аналізу крові не відрізнялись від норми, крім незначного збільшення вмісту еритроцитів. Рівень загального білірубіну становив $38,16 \pm 1,29$ мкмоль/л з незначним переважанням непрямого. Це супроводжувалось понаднормовим (на 25%) значенням лужної фосфатази ($151,44 \pm 9,82$ U/l, норма < 120) при нормальному рівні гамма-глутаміл-транспептидази (ГГТП) ($35,25 \pm 6,26$ U/l), ізольоване зростання якої в 1 пацієнта дозволяє припустити, що він приховав надуживання алкоголю. Активність трансфераз загалом не була підвищеною: аланін-амінотрансфераза $26,45 \pm 1,69$ ммоль/год/л, аспартат-амінотрансфераза $23,31 \pm 1,07$ ммоль/год/л, індекс де Рітиса (АСТ/АЛТ) $0,99 \pm 0,06$. Тимолова осадова проба також відповідала нормі ($1,63 \pm 0,38$ од.), що разом з нормальним значенням загального фібриногену ($2,99 \pm 0,19$ г/л) та ШОЕ може вказувати, що в обстежених пацієнтів не було активного запалення у печінці. У межах норми були рівні загального білку, креатиніну, сечовини, глюкози натще, амілази, протромбінового індексу.

ДФГБ супроводжувались хворобами травної системи у 95,2%. Під час фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) виявлені зміни стравохода (ГЕРХ 4,2%, езофагіт 14,9%, поліп 2,1%), недостатність кардіального (21,3%) та пілоричного (31,9%) сфінктерів, ураження шлунка (гастрит 63,8%, множинні ерозії 10,6%, дуоденогастральний рефлюкс 31,9%, гастропатія еритематозна 2,1%) та дванадцятипалої кишки (виразки 10,6%, рубцева деформація 12,8%, бульбіт та дуоденіт 38,3%).

Висновки. ДФГБ серед молодих чоловіків перебігають без типових скарг, супроводжуються внутрішньопечінковим холестазом (зростання білірубіну і лужної фосфатази) та ураженнями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (95,2%).

ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ПЕРВИННИЙ ГІПОТИРЕОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД ЙОГО КОМПЕНСАЦІЇ

Радченко О. М., Оленич Л. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Гіпертонічна хвороба (ГХ) та дисліпідемія являються основними факторами ризику серцево-судинної патології, що призводить до ранньої інвалідизації та смертності у всьому світі. Дисліпідемія часто пов'язана з патологією щитоподібної залози (ЩЗ), зокрема первинним гіпотиреозом, який також асоційований з підвищенням артеріального тиску. **Мета** вивчення стану ліпідного обміну у пацієнтів з ГХ за умов первинного гіпотиреозу залежно від його компенсації. **Матеріали:** обстежено 168 пацієнтів з ГХ 1 та 2 ступенів, яких поділено на групи: 1 група – 85 осіб віком $53,00 \pm 9,42$ років з некомпенсованим гіпотиреозом та 2 група – 83 пацієнти віком $54,00 \pm 9,09$ ($p > 0,05$) років із медикаментозною компенсацією. Окрім стандартного обстеження проводили антропометричні виміри, розраховували індекс маси тіла, визначали рівень тиреотропного гормону гіпофізу та тироксину. Опрацювання даних проводилося за допомогою пакета програм “Statistica for Windows 10.0”. Дані подані як «медіана [нижній; верхній] квартиль». **Встановлено,** що у пацієнтів обох груп медіана ІМТ відповідала надмірній масі тіла ($28,06 [25,61; 32,59$ та $28,41 [2,03; 31,64]$ $\text{кг}/\text{м}^2$, $p > 0,05$). За абсолютними значеннями рівнів загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), бета-ліпопротеїдів (β -ЛП), ліпопротеїдів низької (ЛПНЩ) та високої щільності (ЛПВЩ), коефіцієнту атерогенності (КА) групи істотно не відрізнялися. Обидві групи характеризувалися надмірними вмістами ЗХС, β -ЛП, ЛПНЩ. Медіана КА була вище норми тільки за умов декомпенсації функції залози, тоді як ЛПВЩ – при компенсації. ЗХС в обох групах обернено корелював з протромбіновим індексом ($\tau = -0,72$; $p = 0,023$ і $\tau = -0,33$; $p = 0,021$), тоді як β -ЛП – з об'ємом ЩЗ ($\tau = -0,27$; $p = 0,022$ і $\tau = -0,29$; $p = 0,004$). У 1 групі ЗХС та β -ЛП були прямо пов'язані з рівнем калію крові ($\tau = 0,31$; $p = 0,045$ та $\tau = 0,45$; $p = 0,004$), ТГ – з аланін- та аспартат-амніотрансферазами ($\tau = 0,36$; $p = 0,001$ та $\tau = 0,31$; $p = 0,002$), чого за умов компенсації не було. Проте, у пацієнтів 2 групи виявлено прямі кореляції ЗХС і ТГ з рівнями систолічного та діастолічного артеріальних тисків (ЗХС: $\tau = 0,19$; $p = 0,002$ та $\tau = 0,18$; $p = 0,026$, ТГ: $\tau = 0,26$; $p = 0,012$ та $\tau = 0,27$; $p = 0,009$).

Висновок: поєднання первинного гіпотиреозу та ГХ характеризується дисліпідемією, прогресування якої асоціюється з гіпокоагуляцією та зменшенням об'єму ЩЗ. Декомпенсація гіпотиреозу може призводити до розвитку атеросклеротичних змін (за КА), гіперкаліємії та печінкової дисфункції, тоді як замісна терапія гормонами ЩЗ може погіршувати контроль за артеріальним тиском, що вимагає подальших досліджень.

ФОРМИРОВАНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

**Рамазанов В. В., Воловельская Е. Л., Руденко С. В.,
Семенченко А. Ю., Бондаренко В. А.**

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г.Харьков

Развитие сердечно-сосудистых осложнений отмечается при различных хронических заболеваниях, включая метаболический синдром и диабет, как следствие проявления нескольких патогенных факторов. Окислительный стресс играет важную роль в развитии микро- и макрососудистых осложнений. Накопление свободных радикалов в сосудистой сети стимулирует активацию биохимических реакций, способствующих воспалению сосудов. Кроме того, патогенез данных заболеваний определяется вкладом гемореологических нарушений в протромботическое состояние, связанное с параметрами воспаления, обмена липидов и глюкозы, которые могут способствовать развитию тромбоза и атеросклероза.

Терапевтические стратегии, основанные на биохимических механизмах, являются перспективными способами для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений. Данные стратегии связаны с ингибированием развития гипергликемического повреждения сосудов или с активацией реакций, повышающих чувствительность тканей к инсулину и транспортную эффективность глюкозы в клетки. Более того, блокирование транскрипции генов, которые определяют продукцию прооксидантных и провоспалительных медиаторов, может представлять собой перспективную возможность ослабления окислительного стресса, воспаления сосудов и, следовательно, предотвращения сердечно-сосудистых осложнений при указанных заболеваниях.

С другой стороны, значительный вклад в сосудистые осложнения вносит индуцированный гипергликемией окислительный стресс эритроцитов, вызванный истощением глутатиона. К тому же, отрицательные эффекты хронического воспаления и окислительного стресса на сосудистую систему могут быть вызваны нарушением гемодинамики из-за повышения вязкости крови вследствие увеличения степени агрегации эритроцитов. Следовательно, разработка терапевтических протоколов, направленных на блокирование развития окислительных и гемореологических нарушений посредством коррекции внутренней и системной дисфункции эритроцитов при различных заболеваниях, может оказаться перспективным направлением для предотвращения формирования сосудистых осложнений.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ ІЗ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Рева Т. В., Трефаненко І. В., Шумко Г. І., Рева В. Б.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Особливістю перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є розвиток взаємопов'язаних уражень інших органів травлення (зокрема, дуоденогастральної зони), що ускладнює клінічну картину, а також діагностику і лікування як основної, так і супутніх хвороб. Взаємне обтяження захворювань свідчить про потребу більш ретельного діагностування виявлених патологічних змін для подальшої розробки ефективних методів лікування з урахуванням супутньої патології.

Мета дослідження: вивчити передумови розвитку, клінічні особливості перебігу ГЕРХ із супутнім дуоденогастральним рефлюксом (ДГР), особливості ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу, рН-метрії та біліметрії.

Обстежено 70 хворих на ГЕРХ віком 28-63 років, середній вік становив $41,5 \pm 8,3$ років. В основну групу відібрано 40 хворих з ГЕРХ із супутнім ДГР. Групу порівняння склали 30 пацієнтів з типовими симптомами гастроєзофагеального рефлюксу.

Під час вивчення анамнезу хвороби було з'ясовано, що пацієнти основної групи страждали на різноманітні патології жовчного міхура: у 17 (42,5%) хворих було діагностовано хронічний некалькульозний холецистит, у 4 (10%) осіб жовчнокам'яну хворобу, у 10 (25%) – хронічний панкреатит, 9 (22,5%) пацієнтів перенесли холецистектомію.

Кислі рефлюкси спостерігалися у 15 (37,5%) пацієнтів з основної і у 21 (70%) з групи порівняння. У 28 (70%) хворих з ДГР переважали лужні рефлюкси, в групі порівняння рефлюкси з $\text{pH} > 7,0$ виявлено у 3 (10%) випадках. Для хворих із супутнім ДГР характерні тривалі рефлюкси. Середньодобова кількість рефлюксів понад 5 хвилин у хворих з ДГР становила $21,7 \pm 3,5$. У 23 (57,5%) обстежених осіб із супутнім ДГР діагностовано ерозії стравоходу: рефлюкс-езофагіт ступеня А зафіксовано у 16 (40%) хворих; рефлюкс-езофагіт ступеня В виявлено у 6 (15%) пацієнтів; ступеня С – у 1 (2,5%). Найбільшу концентрацію жовчних кислот (третій ступінь ДГР) виявлено у 7,5% хворих, а перший ступінь ДГР діагностовано у 77,5% пацієнтів на ГЕРХ із дуоденогастральним рефлюксом. Концентрація жовчних кислот корелювала із частотою візуальної реєстрації ДГР під час ендоскопії ($r=0,492$, $p<0,001$).

Висновки. У хворих на ГЕРХ із супутнім ДГР характерними є коморбідна патологія біліарної системи та підшлункової залози, частіше спостерігаються лужні (70%) та слабкокислі рефлюкси, переважає ерозивна форма ГЕРХ (57,5%) та перший ступінь ДГР (77,5%).

ВПЛИВ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ БЛОКАДИ РААС НА МОРФО–ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ПРИ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ЩУРІВ

**Рєпін М. В., Марченко Л. М., Говоруха Т. П., Строна В. І.,
Васькович А. М., Чиж Ю. О., Брусенцов О. Ф., *Шейна Т. В.**

*Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків,
НТК «Інститут монокристалів» НАН України, м. Харків

Мета: вивчення морфо-функціональних змін в тканині нирки щурів з гострою нирковою недостатністю (ГНН) при введенні кріоекстракту плаценти щура (КПЩ) та в умовах медикаментозної блокади ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС).

Матеріали і методи. Для моделювання ГНН внутрішньом'язово однократно вводили 50% водний розчин гліцеролу, через 1 тиждень після чого тваринам різних груп вводили КПЩ, застосовували медикаментозну блокаду РААС верошпіроном і еналаприлом, а також її комбінацію з кріоекстрактом. Використовували гістологічні і електронно-мікроскопічні методи, оцінювали рівні креатиніну, іонів калію та натрію в сечі і крові, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). Проводили аналіз формули крові і розрахунок індексів лейкоцитарної інтоксикації та зрушення ядра.

Результати. Дослідження функціональних показників нирок щурів показали суттєве зниження ШКФ у тварин всіх груп, що при недостовірному збільшенні рівня креатиніну крові свідчить про початок розвитку хронічної ниркової недостатності через 3 тижні після введення гліцеролу. Коливання вмісту іонів натрію і калію в сироватці крові та в сечі щурів свідчили про оборотні порушення каналцевої реабсорбції в головних відділах нефронів, викликані розвитком ГНН. Застосування медикаментозної блокади РААС, введення КПЩ та комплексний вплив КПЩ та блокади РААС достовірно не поліпшували електролітний обмін на етапі переходу ГНН в ХНН.

Проведене гістологічне і морфометричне дослідження показало, що незважаючи на розвиток осередкової дистрофії каналцевого епітелію як при введенні КПЩ, так і в комплексі КПЩ з медикаментозною блокадою РААС спостерігалось відновлення кровообігу в корковому шарі нирок, що зменшувало ішемізацію коркового шару і уповільнювало розвиток запальних процесів. У групі із застосуванням блокади РААС відновлення кровообігу в корковому шарі не відбувалося, що приводило до більш виражених некробіотичних і запальних процесів в нириці. Введення КПЩ разом із медикаментозною блокадою РААС сприяло зниженню ядерного індексу крові в порівнянні з групою нелікованих тварин.

Висновок. Використання кріоекстракту плаценти у комплексі з медикаментозною блокадою РААС поліпшувало видільну функцію та кровообіг в нирках щурів на етапі переходу гострої ниркової недостатності в хронічну фазу.

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ОБМІНУ ЗАЛІЗА, ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ТА ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІД ВПЛИВОМ ФЕРОТЕРАПІЇ

Риндіна Н. Г., Кравчук П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити вплив феротерапії на параметри якості життя (ЯЖ) та обміну заліза, функціонального стану нирок та показників кардіогемодинаміки у хворих з анемічним синдромом на тлі хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Матеріали та методи: Обстежено 40 хворих (21 чоловік та 19 жінок) з анемічним синдромом на тлі ХСН ішемічного генезу. Клініко-інструментальне обстеження хворих проводили двічі, при вступі до стаціонару та через 3 місяці для оцінки ефективності терапії, що проводилася. Хворим призначали препарат заліза (Fe) (II) сульфат безводний у складі стандартної терапії

Результати: У пацієнтів з ХСН спостерігається вірогідне зростання рівня гемоглобіну (Hb) на 23,4 %, позитивна динаміка ферокінетичних показників, а саме: зростання сироваткового рівня Fe на 90,6 %, коефіцієнта насичення трансферину (КНТ) на 31,9 %, еритропоєтину на 35,8 %, трансферину на 13,9 %, розчинних рецепторів трансферину на 27,8 %, а також зниження рівня феритину на 19,3 %, гепсидину на 22,7 %.

Під впливом стандартної терапії з додаванням препаратів Fe (II) знайдено зростання дистанції тесту бхвилинної ходьби на 28,8 %, зниження сумарного ФК ХСН на 13,6 %, зростання ЯЖ за шкалою FACT-An (на 36,7 %) і MLHFQ (на 22,8 %).

Відмічена позитивна динаміка щодо параметрів кардіогемодинаміки, а саме: вірогідно знизився кінцево-діастолічний об'єм на 7,8 %, кінцево-сistolічний об'єм – на 5,9 %, E/A на 11,1 %, а також зросла фракція викиду на 9,1 %.

Що стосується функціонального стану нирок, за даними швидкості клуб очкової фільтрації виявлена тенденція до зростання, що не досягала рівня вірогідності ($p > 0,05$), достовірно (на 14,6 %) знизився рівень альбуміну сечі.

Висновки: Використання перорального препарату заліза (II) у складі стандартної терапії у хворих з анемічним синдромом на тлі хронічної серцевої недостатності супроводжувалося позитивною динамікою з боку стану ферокінезу із зростанням функціонуючого та транспортного пулів заліза, зменшенням об'єму порожнин лівого шлуночка, покращенням показників, що відображають якість життя та функціональний стан нирок.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Рыначак П. И., Леонидова В. И., Лещук И. В., Меженская Е. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: выявление корреляции между показателями углеводного обмена и суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: было проанализировано 48 медицинских карт стационарного больного ХГКБ №27 за 2017 г. (20 мужчин, 28 женщин) артериальной гипертензией с МС, средний возраст исследуемых пациентов 56 ± 12 лет. Наличие МС верифицировали согласно критериям IDF (2005). Проведено СМАД, определение уровня глюкозы крови натощак (ГКН) и уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1C).

Результаты: в 26 (54,2%) случаях выявлены нормальный уровень ГКН и после нагрузки, нарушение толерантности к глюкозе – у 22 (45,8%) пациентов. У больных с нарушенной толерантностью к глюкозе среднесуточный уровень артериального давления (АД) составлял $(153,62 \pm 9,37) / (91,19 \pm 1,55)$ мм рт.ст., максимальный – $(177,63 \pm 7,82) / (111,81 \pm 3,66)$ мм рт.ст., с нормальной гликемией – $(146,5 \pm 7,25) / (90,09 \pm 2,38)$ и $(169,65 \pm 6,47) / (106,25 \pm 4,67)$ мм рт.ст. соответственно. Суточный профиль «dipper» встречался у 15 (31,25%) среди обследованных больных, преимущественно у больных с нормальным уровнем гликемии, вариант «over-dipper» обнаружено в 1 (2,08%), профиль «night-peaker» – в 8 (16,67%) случаях. Самым распространенным оказался суточный профиль «non-dipper» – в 24 (50,0%) случаях, преимущественно у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе. Повышение уровня HbA1c > 6,0% обнаружили у 21 (43,75%) пациента. Причем среди больных с нарушенной толерантностью к глюкозе повышение уровня HbA1c выявлено у 12 (54,55%) пациентов, с нормальной гликемией – в 9 (34,62%) случаях. Между показателем HbA1c и уровнем глюкозы натощак и через 2 часа после нагрузки установлена прямая средней силы корреляционная связь: коэффициент корреляции (r) - 0,38 и 0,36 соответственно.

Вывод: высокие показатели АД и неблагоприятный суточный профиль АД «non-dipper» наблюдаются у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе.

ЛЕПТИН ЯК МАРКЕР ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Савченко Л. В., Дігтяр Н. І., Герасименко Н. Д., Кайдашев І. П.

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

У сучасній літературі є відомості про те, що лептин здатний секретуватися легеневиими епітеліальними клітинами, включаючи бронхіальні епітеліальні клітини, пневмоцити II типу та ліпофібробласти, а також виявляється у індукованому мокротинні, біоптатах проксимальних дихальних шляхів, рідині бронхоальвеолярного лаважу та периферичній легеневої тканині (Vernooy J.H., 2009; Bruno A, 2011).

Мета дослідження: дослідити рівень концентрації лептину в сироватці крові хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з різною масою тіла.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 58 пацієнтів на ХОЗЛ в період ремісії (клінічна група В з помірним ступенем бронхообструкції відповідно до рекомендацій GOLD від 2016 р. - 2017 р.), віком 40-70 років, з індексом пачко-років ≥ 10 . В залежності від індексу маси тіла (ІМТ) було виділено дві групи хворих: з ожирінням ($n = 31$) (ІМТ - 30,0-39,9 кг / м²) та без ожиріння ($n = 17$) (ІМТ - 18,5-24, 9 кг / м²). Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб з нормальною функцією легень та ІМТ. Рівень концентрації лептину в сироватці крові (пкг/мл) визначали за допомогою набору для імуноферментного аналізу (SPI-Bio, Montigny le Bretonneux, France) згідно з інструкцією. Дослідження функції зовнішнього дихання проводили згідно рекомендаціям American Thoracic Society and the European Respiratory Society (ATS/ERS).

Результати та їх обговорення. Ми виявили, що у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ожирінням рівень лептину в сироватці крові був у 1,8 рази вище ($p < 0,02$) порівняно з практично здоровими особами ($34,03 \pm 18,5$ пкг/мл проти $18,3 \pm 15,4$ пкг/мл). Рівень лептину в сироватці крові хворих на ХОЗЛ з нормальним ІМТ не мав достовірної різниці в порівнянні з практично здоровими особами та хворими на ХОЗЛ в поєднанні з ожирінням. На нашу думку, це пов'язано із зростанням продукції лептину не лише жировою тканиною, а й додатково легеневою тканиною. Крім того, нами був встановлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем лептину в сироватці крові та ІМТ ($r = 0,48$, $p = 0,0001$) та зворотний взаємозв'язок між рівнем лептину та FEV_1 ($r = -0,43$; $p = 0,0007$), FEV_1 / FVC ($r = -0,29$; $p = 0,03$) відповідно.

Висновок. Отримані результати доводять додатковий негативний вплив лептину на перебіг ХОЗЛ особливо в поєднанні з ожирінням.

НЕКОТОРЫЕ ЭФФЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТКАНИ СЕРДЦА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Самохина Л. М., Ломако В. В.

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

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

Цель. Исследовать влияние хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) и ритмического холодового воздействия (РХВ) на активность отдельных ферментов в тканях сердца.

Материалы и методы. Под наблюдением находились самки крыс 7-8 месяцев, у которых моделировали ХАИ 10 месяцев «двухбутылочным» методом и подвергали РХВ с частотой, близкой к эндогенным ритмам организма - 0,1 Гц, 65 мин (воздух 5 ± 1 °С) (n=5 в каждой группе). Животных декапитировали. В безъядерной фракции 10% гомогената ткани сердца исследовали активность эластаз (Эл), эндотелиальной эластазы (ЭЭл), макрофагальной металлоэластазы (МЭл) твердофазным ферментативным методом с использованием Ала-Ала-субстрата, связанного с пероксидазой хрена, и эластазы в качестве контроля.

Результаты. Установлено, что активность Эл при ХАИ повышается в 8 раз, ЭЭл в 5 раз, МЭл снижается в 300 раз. Применение РХВ после ХАИ способствовало существенному угнетению активности Эл, МЭл, ЭЭл. Активацию эластаз при ХАИ связывают с оксидативным повреждением вследствие образования избыточного ацетальдегида. Изменения ЭЭл могут быть следствием сосудистой дисциркуляции, застойных явлений, обусловленных нарастанием венозного полнокровия и обеднением капиллярной сети и указывать на участие ЭЭл в развитии деструкции. Снижение МЭл связывают с ее расходом в деградации экстацеллюлярного матрикса. Этанол приводит к эскалации сосудистых нарушений, дистрофии субклеточных структур, формированию очагов распада миоцитов. Снижение Эл и ЭЭл в результате ХАИ+РХВ может быть обусловлено формированием устойчивости к фактору, вызвавшему их повышение при ХАИ (феномен перекрестной адаптации), а МЭл - снижением венозной напряженности и увеличением площади капиллярного русла.

Выводы. Таким образом, развитие алкогольной интоксикации приводит к существенным изменениям активности Эл, ЭЭл, МЭл в тканях сердца, которые могут быть скорректированы влиянием РХВ.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНТОКСИКАЦИИ ТКАНЕЙ СЕРДЦА

Самохина Л. М., Стародуб Н. Ф.

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», Харьков, Украина, Национальный университет биоресурсов и природопользования Украины, г. Киев

Цель работы - исследовать влияние интоксикации солями тяжелых металлов на активность отдельных энзимов в тканях сердца.

Под наблюдением находились крысы-самцы линии Wistar 3х-месячного возраста, которым вводили однократно внутривентриально хлорид кобальта ($\text{CoCl}_2 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$) в 0,9% NaCl 3 мг / 100 г массы тела или хлорид ртути в 0,9% NaCl 0,7 мг / 100 г массы. Животных декапитировали через 2 ч после введения. Контрольным животным вводили соответствующий объем физиологического раствора. В безъядерных фракциях гомогенатов тканей сердца определяли активность энзимов независимых от ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) путей образования ангиотензина II (АП) - химазы, тонина, катепсина G (катG), эластазы-2 (Эл-2), а также эндотелиальной эластазы (ЭЭл) энзиматическим методом с использованием протеинового субстрата, связанного с пероксидазой хрена.

Установлено, что при введении CoCl_2 в сердце повышается активность катG, тонина, ЭЭл, менее Эл-2 на фоне отсутствия изменений химазы, при введении HgCl_2 повышается активность химазы, тонина, Эл-2 (в 3 раза) и снижается ЭЭл. Повышение указанных энзимов свидетельствует об образовании АП. При этом химаза крыс скорее расщепляет АП, а образует только при высоких концентрациях АІ. Активация АПФ-независимых путей в сердце может приводить к реструктуризации тканей с последующей органной дисфункцией. Активация катG, Эл-2 нейтрофильного происхождения может способствовать и вазоконстрикции, и деструкции. CoCl_2 является гипоксия-зависимым фактором, а эндотелиальные клетки реагируют на гипоксию снижением деградации гипоксия-индуцибельного фактора 1 α , накопление которого приводит к повышению транскрипции многочисленных протеинов, в том числе ЭЭл. Снижение ЭЭл при введении HgCl_2 может непосредственно влиять на образование соединительнотканых протеинов, увеличение содержания эластина и приводить к развитию гипертрофии миокарда.

Таким образом, влияние интоксикации на организм приводит к активации в тканях сердца катG, тонина, ЭЭл, менее Эл-2 при введении CoCl_2 и активации химазы, тонина, Эл-2 (в 3 раза) на фоне снижения ЭЭл при введении HgCl_2 , что способствует развитию вазоконстрикции, деструктивных процессов, ЭЭл-специфических эффектов.

ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Семидоцкая Ж. Д., *Неффа М. Ю., Чернякова И. А.

Харьковский национальный медицинский университет,

**Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Цель: Оценить значение духовно-нравственной поддержки онкологического больного в конце жизни.

Раковая болезнь-это сильнейший эмоциональный удар, резко и коренным образом изменяющий привычную жизненную ситуацию, к которому больному человеку предстоит адаптироваться. Это не чисто физическая проблема, это проблема всей личности человека, состоящей не только из его тела, но разума и эмоций. Но в то же время болезнь открывает новые возможности для такой адаптации, причём на нескольких уровнях: физическом, социальном и духовном. Для человека крайне важно понять, что в болезни есть какой-то смысл. Иначе он впадёт в состояние депрессии и станет жертвой судьбы. Болезнь заставляет человека переосмысливать окружающую действительность, по-новому посмотреть на мир и своё место в нём, стать лучше и чище.

Внутренний рост больного может стать не возвращением к прежнему образу жизни, а обретением нового, трамплином для самосовершенствования. В состоянии больного могут происходить различные изменения: осознание ценности жизни, пересмотр и укрепление межличностных ощущений.

Ценность жизни, естественность процесса смерти и осознание того, что и жизнь, и смерть предоставляют человеку возможности для личностного роста и самореализации, должны быть признаны.

Если пациент осознаёт психологические причины своего заболевания, начинает заниматься самопознанием, решительно изменяет свою жизнь, у него появляются высокие шансы достичь психологической и духовной трансформации, которая активизирует естественные защитные ресурсы организма, восстанавливающие иммунную систему. И это может привести к устойчивой ремиссии.

Вывод: В конце жизни паллиативного больного с неизлечимым онкологическим заболеванием главным принципом оказания медицинской помощи становится не сохранение жизни, поскольку это невозможно, а облегчение страданий и духовно-нравственная поддержка.

ДИНАМІКА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ОЖИРІННЯМ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ ГЕНОТИПІВ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ 10 (IL-10, C-592A)

Сердулець Ю. І., Федів О. І.

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

Метою роботи стало вивчення динаміки показників ліпідного обміну у хворих на остеоартроз у поєднанні з артеріальною гіпертензією, ожирінням і цукровим діабетом 2 типу з урахуванням генотипів протизапального інтерлейкіну 10 (IL-10, C-592A). Ліпідний профіль у хворих на ОА досліджували через аналіз вмісту у плазмі загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів низької та дуже низької щільності (ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ), а також холестеролу ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), триацилгліцеролів (ТГ), із наступним розрахунком коефіцієнту атерогенності (КА) у хворих на ОА та контрольній групі. За популяційну норму ліпідів приймали показники, що відповідали вітчизняним рекомендаціям, європейським та загальносвітовим стандартам (ESC, ESH, 2013; АНА/ACC/TOS, 2013).

За призначенням лікуванням хворі були розподілені на такі групи: 25 пацієнтів, яким не проводилось генотипування і призначалась базисна терапія (група 1), 39 пацієнтів (група 2) з генотипом гена *IL-10 (C-592A) CC*, яким на тлі базисної терапії призначали аторвастатин («Аторіс» - ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» 10 мг 1 р вдень впродовж 2 місяців під контролем функціональних проб печінки, 28 осіб (3-а група) з генотипом гена *IL-10 (C-592A) CA*, яким на тлі базисної терапії призначали аторвастатин («Аторіс» - ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» 10 мг 1 р вдень впродовж 2 місяців під контролем функціональних проб печінки та 7 пацієнтів (4-а група) з генотипом гена *IL-10 (C-592A) AA*, яким на тлі базисної терапії призначали аторвастатин («Аторіс» - ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» 20 мг 1 р. в день впродовж 2 місяців під контролем функціональних проб печінки.

У хворих на ОА після лікування спостерігалось вірогідне зменшення всіх показників ліпідного профілю, крім ХС ЛПВЩ, яке мало тенденцію до підвищення. Рівень ЗХС у всіх досліджуваних групах був вищий референтних значень. У 2-й групі та 3-групі після лікування базисною терапією із застосуванням аторвастатину було виявлено вірогідне зниження рівня ЗХС на ХС ЛПНЩ ($p < 0,05$) на відміну від результатів 1-ї групи та 4-ї в якій рівень в яких спостерігали тенденцію до зменшення показників. Але, рівень ЗХС у хворих на ОА в поєднанні з АО, АГ та ЦД 2 був вірогідно вищий на ($p < 0,05$) на відміну від хворих на ОА без супутньої патології. Вміст ХС ЛПВЩ суттєво підвищувався після лікування у 2-й, 3-й із тенденцією до підвищення у 4-й групі. КА до лікування у досліджуваних групах перевищував референтні дані. Після лікування КА достовірно знижувався у хворих на тлі додаткового використання аторвастатину.

**ВПЛИВ S-АМЛОДИПІНУ І НЕБІВОЛОЛУ В ПОЄДНАННІ
З ЕНАЛАПРИЛОМ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО
МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, СУБКЛІНІЧНИХ
УРАЖЕНЬ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ СУДИН У ХВОРИХ
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ХРОНІЧНЕ
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Середюк В. Н., Вакалюк І. П., Середюк Н. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити вплив S-амлодипіну і β -адреноблокатора з вазодилатуючими властивостями небівололу при їх застосуванні додатково до еналаприлу на динаміку показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), субклінічних уражень та ендотеліальної функції судин і розробити пропозиції до рекомендацій щодо лікування артеріальної гіпертензії (АГ) в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріали і методи: обстежено 95 хворих (64 чоловіків, 31 жінок) на АГ II стадії і 1–3-го ступеня в поєднанні з ХОЗЛ III стадії у фазі ремісії, середній вік ($54,7 \pm 9,5$) років. Проводили ДМАТ за допомогою приладів “АВРМ-04” фірми “Meditech” (Угорщина) та “ЕВРМ” фірми “Inpomed” (Угорщина). Індекс жорсткості аорти (ІЖА) оцінювали згідно методики Ю.М. Сіренка, Г.Д. Радченко (2009). Проводили пробу з реактивною гіперемією (РГ) за методикою D.S. Celermajer, K.E. Sorensen et al. (1992). Комп’ютерну спірографію виконували за допомогою апарату “SpiroCom” (“ХАЙ-медика”, Україна). Досліджували сироваткові рівні ендотеліну-1 – ET-1 (“Peninsula Laboratories”, США).

Результати: встановлено, що додаткове призначення S-амлодипіну чи небівололу до еналаприлу на тлі стандартної терапії (СТ) ХОЗЛ упродовж 6 місяців призводить до вираженого і стійкого антигіпертензивного ефекту, нормалізує добовий профіль артеріального тиску (АТ), зменшує підвищену варіабельність АТ, зменшує при цьому “навантаження тиском” і вираженість таких показників субклінічних уражень, як, пульсовий АТ, частоту серцевих скорочень та ІЖА, покращує пружно-еластичні властивості судин при одночасному зменшенні проявів їх ендотеліальної дисфункції у хворих на АГ при поєднанні з ХОЗЛ.

Висновок: Лікування хворих на АГ з ХОЗЛ слід проводити диференційовано. У випадку превалювання клінічних, лабораторних та інструментальних ознак бронхообструктивного синдрому, наявності субклінічних уражень і порушень пружно-еластичних властивостей судин та їх ендотеліальної дисфункції у хворих на АГ при поєднанні з ХОЗЛ, до фармакотерапевтичного комплексу із СТ ХОЗЛ та еналаприлу слід додатково призначити S (-) амлодипін. Якщо АГ на тлі ХОЗЛ супроводжується явищами гіперсимпатикотонії з підвищенням середньодобового систолічного АТ, показників варіабельності АТ та “навантаження тиском”, зростанням пульсового АТ і тахікардією, то до складу фармакотерапевтичного комплексу із СТ ХОЗЛ та еналаприлу слід додати β -адреноблокатор із вазодилатуючими властивостями небівололу.

**ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНУ РЕЦЕПТОРІВ, АКТИВУЮЧИХ
ПРОЛІФЕРАЦІЮ ПЕРОКСИСОМ (PPAR_γ) У ХВОРИХ
НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

**Серік С. А., Комір І. Р., Сердобінська-Канівець Е. М., Рябуха В. В.,
Бондар Т. М.**

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

Мета дослідження: встановити особливості експресії гена PPAR_γ у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2 типу).

Матеріал і методи: обстежено 103 хворих на стабільну ІХС, серед яких у 53 діагностовано ЦД 2 типу. Групу контролю склали 15 практично здорових пацієнтів. Експресію гена PPAR_γ у моноцитах оцінювали шляхом проведення кількісної ПЛР із застосуванням «Системи детекції продуктів ПЛР в реальному часі CFX96 Touch» (BioRad Laboratories Pte.Ltd.). Хворих з діабетом та хворих без діабету розподілили на підгрупи по медіані рівнів експресії гена PPAR_γ, яка склала 0,015 для групи з ЦД 2 типу та 0,014 для групи без ЦД 2 типу.

Результати: у хворих на ІХС з ЦД 2 типу спостерігалась достовірне зменшення рівня експресії гена PPAR_γ ($0,011 \pm 0,017$) по відношенню до групи хворих на ІХС ($0,047 \pm 0,001$) та хворих групи контролю ($0,026 \pm 0,013$) ($p < 0,05$). Достовірної різниці між групами хворих на ІХС без ЦД 2 типу та групою контролю виявлено не було ($p > 0,05$). Аналіз показників HbA_{1c} в групі діабету в залежності від рівня експресії гена PPAR_γ показав, що низький рівень показників експресії гена PPAR_γ супроводжується збільшенням гіперглікемії. Так, при рівні експресії гена PPAR_γ $< 0,015$ значення HbA_{1c} ($7,2 \pm 1,43$) були вирогідно вище, ніж при рівні експресії гена PPAR_γ $\geq 0,015$ – ($5,3 \pm 1,64$) ($p < 0,05$). В групах хворих без діабету в залежності від рівня експресії гена PPAR_γ низький рівень показників експресії гена PPAR_γ супроводжується збільшенням гіперглікемії, але різниця не була значущою: при рівні експресії гена PPAR_γ $< 0,014$ значення HbA_{1c} ($5,9 \pm 3,55$), а при рівні експресії гена PPAR_γ $\geq 0,014$ – ($5,6 \pm 2,77$) ($p > 0,05$).

Висновки: Експресія гена PPAR_γ при поєднанні ІХС з ЦД 2 типу була достовірно нижчою, ніж у хворих без діабету і в групі контролю. У хворих з ЦД 2 типу зменшена експресія гена PPAR_γ асоціювалась з достовірним наростанням гіперглікемії, тоді як у хворих без діабету залежності між рівнями експресії гена PPAR_γ і рівнем глікемії виявлено не було.

ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ-А У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О., Кліменко Т. І.

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

Мета: дослідити рівні васкулоендотеліального фактору росту-А (ВЕФР-А) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в залежності від наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 100 хворих на ІХС, з них 52 хворих з ЦД 2 типу та 48 хворих без ЦД. У контрольну групу увійшло 12 практично здорових осіб. Усім хворим визначались рівень ВЕФР-А, глюкоза крові натще, глікований гемоглобін (HbA1c), інсулін, розраховувався індекс НОМА-ІR, загальний холестерин, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ.

Результати. У хворих на ІХС, як з ЦД 2 типу, так і без ЦД, рівень ВЕФР-А був значно вищий ((436,74±39,32) та (484,95±76,71) пг/мл, відповідно), ніж в групі контролю (237,88±44,72) пг/мл ($p<0,05$). Зниження рівнів ВЕФР-А у групі хворих на ІХС з ЦД 2 типу порівняно з групою хворих на ІХС без ЦД не досягало статистичної значимості ($p>0,05$).

У хворих на ІХС та ЦД 2 типу виявлені негативні кореляційні зв'язки між ВЕФР-А та глюкозою крові натще ($r=-0,66$, $p=0,0001$), ВЕФР-А та HbA1c ($r=-0,67$, $p=0,0001$). Кореляційних взаємозв'язків між ВЕФР-А та ліпідними показниками не встановлено.

З метою встановлення залежності рівнів ВЕФР-А від ступеню глюкометаболічних порушень, хворі на ІХС з ЦД 2 типу були розподілені на групи за медіаною HbA1c та за медіаною НОМА-ІR. Рівень ВЕФР-А у групі хворих з ЦД 2 типу та HbA1c \geq Me був достовірно нижчий (311,55±34,40) пг/мл, ніж у хворих з HbA1c $<$ Me (514,28±34,83) пг/мл ($p<0,05$). В групі хворих з ЦД 2 типу та НОМА-ІR \geq Me рівень ВЕФР-А був значно нижчий (396,97±38,60) пг/мл, ніж у хворих з НОМА-ІR $<$ Me (574,74±36,53) пг/мл ($p<0,05$).

Висновки. У хворих на ІХС, як з ЦД 2 типу, так і без ЦД рівні ВЕФР-А, значно вищі, ніж у осіб групи контролю. Рівні ВЕФР-А у хворих на ІХС та ЦД 2 типу залежать від ступеню глюкометаболічних порушень. Наростання гіперглікемії та інсулінорезистентності у хворих на ІХС з ЦД 2 типу сприяють зниженню рівнів ВЕФР-А, що може свідчити про зниження ангиогенезу у цієї групи хворих.

УРОВНИ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ МИКРО РНК-27а И -221 У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Серик С. А., Сердобинская-Канивец Э. Н., Рябуха В. В.,
Комир И. Р., Бондарь Т. Н.

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

Цель исследования: определить уровни циркулирующих микроРНК-27а, и -221 у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы: Обследовано 75 больных ИБС, среди которых у 40 диагностирован сахарный диабет 2 типа. Группу контроля составили 15 практически здоровых пациентов. Уровни микроРНК-27а, -221 оценивали в плазме крови с использованием специфических ТМ-праймеров для микроРНК-27а, -221 и микроРНК U6 (референсная) из набора TaqMan MicroRNA Assays. Результаты выражали в относительных единицах (о.е.) по отношению к референсной микроРНК U6. Больных с диабетом распределили на две группы по медиане гликозилированного гемоглобина (HbA1c), которая составила 7,05. В группу с HbA1c < 7,05% вошли 18 человек, $\geq 7,05\%$ – 22.

Результат и обсуждение: Уровень микроРНК-27а в группе ИБС и ИБС с диабетом достоверно превышал контрольные показатели ($6,02 \pm 0,28$) и ($2,61 \pm 0,47$) против ($0,31 \pm 0,09$) ($p < 0,05$). В группе ИБС он был самым высоким, превышая данные в группе контроля и в группе ИБС с диабетом ($p < 0,05$). Уровень микроРНК-221 в группе ИБС также оказался выше, чем в группе контроля и в группе ИБС с диабетом ($5,13 \pm 0,69$) против ($0,46 \pm 0,13$) и ($1,54 \pm 0,26$) ($p < 0,05$). При сочетании ИБС с диабетом повышение уровня микро РНК-221 по сравнению с контролем не достигло критерия достоверности ($p > 0,05$). Анализ показателей изучаемых микроРНК в группе диабета в зависимости от уровня гликемии показал, что гипергликемия сопровождается снижением экспрессия обеих микроРНК. Так, при уровне HbA1c < 7,05% значение микроРНК-27а ($3,45 \pm 0,77$) и микроРНК-221 ($2,08 \pm 0,44$) были достоверно выше, чем при уровне HbA1c $\geq 7,05\%$ – ($1,54 \pm 0,43$) и ($0,89 \pm 0,15$) ($p < 0,05$).

Выводы: у больных ИБС установлено повышение уровней циркулирующих микроРНК-27а и - 221, но при сочетании ИБС с сахарным диабетом 2 типа показатели этих микроРНК были достоверно ниже, чем у больных без диабета, что ассоциировалось с нарастанием гипергликемии.

**ДІАГНОСТИЧНІ ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ
ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ**

Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета роботи: Вивчити особливості ендоскопічних проявів хронічного атрофічного гастриту та визначити критерії розвитку змін слизової оболонки шлунка (СО Ш) передракової спрямованості.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 80 хворих на хронічний атрофічний гастрит, серед яких було 46 (57,5%) жінок та 34 (42,5%) чоловіка, середній вік склав (58,7±2,1) роки. Макроскопічний стан СО Ш вивчали за допомогою езофагогастроуденоскопії з використанням відеоендоскопічної системи EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія) у білому світлі та в режимах збільшення і вузькосмугової візуалізації (NBI). Статистична обробка здійснювалася за допомогою програми SPSS 16.0. Оцінку діагностичної значущості показників проводили шляхом визначення чутливості та специфічності, а також за розрахунком площі під ROC-кривою (AUC). Прогностичну оцінку ймовірності діагностики передракових змін СО Ш здійснювали за розрахунком відношення шансів (OR).

Результати. При ендоскопії в білому світлі діагностичним критерієм передракових змін СО Ш за показниками чутливості та специфічності виявився вузлуватий її рельєф (чутливість 92,0%, специфічність 46,7%, AUC=0,693, $p<0,001$). Більш якісним за площею під ROC-кривою є такий критерій як дифузний характер розповсюдження вузлуватого рельєфу СО Ш (чутливість 74,0% та специфічність 80,0%, AUC=0,770, $p<0,001$). До того ж, ксантоматоз шлунка, виявлений при ретельному огляді, у 5 разів збільшував ризик визначення при ендоскопічному і морфологічному дослідженнях дифузної кишкової метаплазії або дисплазії СО у хворих на атрофічний гастрит (чутливість складає 81,8%, специфічність 51,1%, AUC=0,680, $p<0,001$). Застосування ендоскопії з режимом NBI дозволило виявити ще один діагностичний критерій для формування групи високого ризику - пілоричну метаплазію СО тіла шлунка, виявлення якої в 3 рази підвищувало можливість діагностування у пацієнта структурних змін СО Ш передракової спрямованості (чутливість – 78,0%, специфічність – 46,7%, AUC=0,693, $p<0,001$).

Висновки. Впровадження в практичну медицину визначених ендоскопічних критеріїв формування групи високого ризику (наявність вузлуватого рельєфу (OR=10,1), дифузного вузлуватого рельєфу шлунка (OR=11,4), ксантоматозу шлунка (OR=4,9) та пілоричної метаплазії тіла шлунка (OR=3,1)) в 100% випадків сприятиме оптимізації ранньої діагностики прогресування передракових змін СО Ш.

**ГЕНДЕРНІ ЗМІНИ СПЕКТРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ
ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ОБСТЕЖЕНИХ
З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ІЗ ВРАХУВАННЯМ
ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PDE4D**

Сидоренко Г. В., Білоус Н. І., Абраменко І. В., Білий Д. О.

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»
м. Київ*

Мета: визначити характерні гендерні зміни спектральних показників варіабельності серцевого ритму (BCP) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із врахуванням поліморфізму rs966221 гену фосфодіестерази 4D (*PDE4D*), оцінити їх значимість.

Об'єкт і методи. Обстежено 113 хворих на ІХС з rs966221 геном фосфодіестерази 4D (*PDE4D*). Генотип ТТ реєстрували у 26; СТ – 48; СС – 39 обстежених. Для дослідження добової BCP використана система "DiaCard-II" (Україна) з оцінкою спектральних показників. Статистичний аналіз виконували за допомогою пакету програм Microsoft Excel 2007.

Результати. Загальна потужність спектру (TP) у осіб жіночої статі з ТТ генотипом на 643 мс² (18,8 %) була менше, ніж у чоловіків відповідної групи. Зміни при СТ генотипі склали 387 мс² (10,6 %), СС – 127 мс² (3,6 %). У жінок з ТТ генотипом, потужність в діапазоні дуже низьких (VLFp), низьких (LFp) і високочастотних (HFp) коливань на 163 мс² (8,75 %), 309 мс² (31,7 %) та 173 мс² (29,7 %) була менше ніж у чоловіків. За умови СТ і СС генотипу зміни склали для VLFp +83 (2,7 %) і +246 мс² (12,6 %), відповідно; для LFp -225 (21,2 %) та -176 мс² (17,7 %); HFp – 245 мс² (37,5 %) та +96 мс² (14,0 %). У всіх випадках осіб жіночої статі з різним генотипом, потужність VLFp переважала 55 %, для ТТ-генотипу досягала 61,2 %. У чоловіків потужність в діапазоні VLFp становила від 54,6 % (ТТ генотип) до 49 % (СС генотип). Відношення LF/HF у носіїв ТТ генотипу жіночої і чоловічої статі було найвищим і становило для чоловіків 2,8 ум. од., жінок – 2,7 ум. од. За умови СТ генотипу LF/HF у чоловіків був меншим на 0,3 ум. од., СС генотипу – 0,2 ум.од. У майже половини чоловіків і жінок з ТТ генотипом відношення LF/HF відповідало і перевищувало 3,0 ум. од., що характеризувало надлишковий вплив на вегетативну регуляцію підвищеної симпато-адреналової активності.

Висновок. Аналіз показників BCP у осіб чоловічої і жіночої статі із врахуванням поліморфізму rs966221 гену фосфодіестерази 4D (*PDE4D*) з ІХС показав зменшення спектральних показників у всіх частотних діапазонах, з відносною перевагою симпатичних впливів у жінок і чоловіків з ТТ генотипом. У жінок, переважно з ТТ генотипом реєстрували більш суттєве зменшення фізіологічного впливу парасимпатичної регуляції на серцевий ритм, при цьому встановлено зростання VLFp-компонента у TP, що характеризує підвищену нейрогуморальну активність і метаболічні порушення.

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

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи – оцінити вплив типу дисліпідемії на показники кардіогемодинаміки у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено 85 пацієнтів на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківської міської клінічної лікарні №27. Залежно від типів дисліпідемії пацієнтів поділили на 4 підгрупи. I тип дисліпідемії визначався – у 14 пацієнтів (5,33 %), Іа тип – у 25 пацієнтів (33,33 %), Іб тип – у 23 пацієнтів (30,67 %), IV тип – у 20 пацієнтів (26,67 %). Типи дисліпідемії визначалися за допомогою класифікації гіперліпопротеїнемії ВООЗ, яка розроблена на основі класифікації Фредріксона (D.Fredrickson). ЕХО-КГ дослідження проводили за стандартною методикою (Х.Фейгенбаум, 1999) на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна).

Результати. Згідно з дослідженням у групі хворих на ІХС та ЦД 2 типу з Іб типом дисліпідемії було виявлено значне підвищення таких показників кардіогемодинаміки, як кінцевий діастолічний об'єм (КДО) на 29,32%, кінцевий систолічний об'єм (КСО) на 35,39%, кінцевий діастолічний розмір (КДР) на 13,79%, кінцевий систолічний розмір (КСР) на 16,17% порівняно з хворими на ІХС та ЦД 2 типу з Іа типом дисліпідемії. При визначенні показників кардіогемодинаміки у хворих на ІХС та ЦД 2 типу з I та IV типом дисліпідемії нами було виявлено значне підвищення таких показників, як діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) на 15,49 %, КДО на 26,99%, КДР на 13,49%, КСР на 16,57% та діаметр аорти на 9,85% порівняно з хворими на ІХС та ЦД 2 типу з I типом дисліпідемії ($p < 0,05$).

Висновок. Значущі зміни показників кардіогемодинаміки відбувались частіше у хворих з Іб та IV типом дисліпідемії, що свідчить про більш несприятливий вплив цих типів на ремоделювання лівого шлуночка у хворих на ІХС та ЦД 2 типу.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У КОМБІНАЦІЇ З ФІБРАТАМИ І ОМЕГА-3 ПОЛІЕНАСИЧЕНИМИ ЖИРНИМИ КИСЛОТАМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Сипало А. О., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи – провести порівняльну характеристику застосування статинів у комбінації з фібратами і омега-3 поліненасиченими жирними кислотами у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено 75 пацієнтів на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Пацієнти були поділені на дві підгрупи залежно від одержуваної гіполіпідемічної терапії. У першу підгрупу увійшло 37 пацієнтів, які в ролі ліпідознижуючої терапії отримували аторвастатин у дозі 20 мг на добу і фенофібрат у дозі 14 мг на добу після вечері. До другої підгрупи увійшло 38 пацієнтів з такими ж нозологічними одиницями, які отримували аторвастатин у дозі 20 мг на добу і омега-3 поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) у дозі 1000 мг вранці та ввечері.

Результати. Згідно з дослідженням у пацієнтів 1 підгрупи після лікування рівень загального холестерину (ЗХС) достовірно знизився на 4,67% (з $5,57 \pm 1,41$ до $5,31 \pm 0,93$ ммоль/л), рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) достовірно підвищився на 40,42% (з $1,15 \pm 0,18$ до $1,93 \pm 0,09$ ммоль/л), рівень тригліцеридів (ТГ) знизився на 32,48% (з $1,17 \pm 0,34$ до $0,79 \pm 0,28$ ммоль/л), рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) знизився на 18,77% (з $3,89 \pm 1,39$ до $3,16 \pm 0,98$ ммоль/л), рівень холестерину ліпопротеїнів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) знизився на 30,43% (з $2,53 \pm 0,15$ до $1,76 \pm 0,18$ ммоль/л), коефіцієнт атерогенності (КА) знизився на 14,91% (з $3,89 \pm 1,3$ до $3,31 \pm 1,1$), ($p < 0,05$). У пацієнтів другої підгрупи після лікування рівень рівень ЗХС достовірно знизився на 5,74% (з $5,57 \pm 1,41$ до $5,25 \pm 1,32$ ммоль/л), рівень ХС ЛПВЩ достовірно підвищився на 46,76% (з $1,15 \pm 0,18$ до $2,16 \pm 0,16$ ммоль/л), рівень ТГ знизився на 26,49% (з $1,17 \pm 0,34$ до $0,86 \pm 0,33$ ммоль/л), рівень ХС ЛПНЩ знизився на 18,25% (з $3,89 \pm 1,39$ до $3,18 \pm 1,26$ ммоль/л), рівень ХС ЛПДНЩ знизився на 28,45% (з $2,53 \pm 0,15$ до $1,81 \pm 0,14$ ммоль/л), КА знизився на 14,39% (з $3,89 \pm 1,3$ до $3,33 \pm 1,2$), ($p < 0,05$).

Висновок. Проведене дослідження продемонструвало позитивний вплив на показники ліпідного обміну комбінацій гіполіпідемічної терапії у вигляді аторвастатину з фібратом і омега-3 поліненасиченими жирними кислотами у хворих на ІХС та ЦД 2 типу за рахунок зниження атерогенних фракцій і збільшення проатерогенних.

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В УКРАИНЕ

Скирда И. Ю., Петишко О. П., Гравировская Н. Г., Скороход Т. А.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Цель: проанализировать ресурсную базу ультразвуковой диагностики (УЗД) в Украине за 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Изучение проводилось на основании анализа материалов Центра медицинской статистики МЗ Украины в течение 2014-2016 гг.

Результаты. Общее количество врачей по специальности УЗД составило в 2016 г. 2285 человек (показатель на 10 тыс. населения – 0,54), что на 4,3 % больше по сравнению с 2014 г. (2191 врачей). Почти не изменилась численность исследований органов брюшной полости, составляя в 2016 г. 8976881 (на 10 тыс. населения 2107,7) против 9146724 случаев в 2014 г. (показатель на 10 тыс. населения 2131,9). В общей структуре диагностических методов сонографические исследования органов пищеварения в 2016 г. составляли 36,0%, что подчеркивает информативность данного метода при диагностике заболеваний органов пищеварения, несмотря на уменьшение за последние 10 лет в 1,5 раза удельного веса в общей структуре УЗД (в 2006 г. этот показатель в Украине составлял 54,3%). При расчете числа УЗ-исследований брюшной полости на 1 жителя Украины в 2016 г. установлено, что в среднем этот показатель равнялся 0,23, то есть это обследование было проведено каждому 5 жителю. Отделений (кабинетов) УЗД в Украине в 2016 г. зарегистрировано 1295, с 2014 г. их количество увеличилось на 46 (3,7%), однако при сравнении с 2005 г. этот показатель снизился на 73 (5,3%). Количество сонографических аппаратов в 2016 г. было 4289, при этом 85,8% были действующими, что на 194 (5,3%) и на 901 (24,5%) превысило показатели в 2014 г. и 2005 г, соответственно. На 1 занятую должность врача УЗД в среднем в Украине в 2016 г. было проведено 9316 исследований, что немногим больше, чем в 2014 г. – 9223. Показатель исследований на 1 действующий аппарат в 2016 г. составлял в стране 6781, что на 4,1% меньше, чем в 2005 г.

Заключение. Среди первоочередных задач гастроэнтерологической службы является улучшение качества ресурсного обеспечения, т.к. диагностика гастроэнтерологических заболеваний основана на методах инструментальных исследований, на долю которых приходится около 70,0% медицинских диагностических услуг. Информативность УЗД при ранней диагностике заболеваний органов пищеварения не вызывает сомнений, что подтверждается практически неизменными статистическими показателями на протяжении последних лет.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Слаба О. Р., Сорокопуд О. О., Беш О. М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, Україна*

Бронхіальна астма належить до найбільш поширених захворювань дихальної системи. Зростання частоти виникнення бронхіальної астми пропорційне із розповсюдженням іншої проблеми людства – ожиріння. Відомо, що жирова клітковина відіграє особливу роль у системному запаленні. На даний час, активно вивчаються особливості запального синдрому у хворих на бронхіальну астму, поєднану з ожирінням.

Мета. Оцінити вплив надлишкової маси тіла на особливості синдрому системного запалення у хворих на бронхіальну астму.

Матеріал та методи. Обстежено 104 хворих на бронхіальну астму II-III ст., що перебували на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні. Серед них 54 чоловіки (медіана віку 40 років) та 50 жінок (51 рік). Пацієнти поділені за індексом маси тіла на 3 співставні групи: до 1 увійшло 36 хворих з нормальною масою тіла, до 2 – 34 пацієнти з надмірною масою, а 3 групу склали 34 хворих з ожирінням. Для визначення активності синдрому запалення оцінювали показники загального аналізу крові. Результати оброблені методом варіаційної статистики. Показники подані як «медіана [перший; четвертий квартилі]». Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати. У хворих з різною масою тіла були досліджені показники загального аналізу крові. У хворих з ожирінням спостерігалися вищі показники кількості лейкоцитів, ніж за умов нормальної маси тіла ($9,1[6,8;10,1] \cdot 10^9/\text{л}$ проти $7,3[6,0; 8,5] \cdot 10^9/\text{л}$, $p=0,006$), що супроводжувалось істотно нижчим рівнем еозинофілів ($2[2;4]\%$ проти $4[2;5]\%$, $p=0,01$). Рівень лімфоцитів був вищим у хворих з надмірною масою тіла ($30[25;32]\%$), ніж у групі з нормальною масою тіла ($24[22;30]\%$, $p=0,04$). Також спостерігалися істотно вищі показники швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) у хворих як з надмірною масою ($7 [6;11] \text{ мм/год}$), так і з ожирінням ($8[6;12] \text{ мм/год}$ проти $6[4;7] \text{ мм/год}$, $p=0,03$, $p=0,005$).

Висновок: за умов ожиріння та надмірної маси тіла більш вираженим був системний запальний синдром нееозинофільного типу, який характеризувався лейкоцитозом, підвищенням ШОЕ та меншою кількістю еозинофілів.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПНЕВМОСКЛЕРОЗОМ

Сливка В. И.

*Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский
государственный медицинский университет», г. Черновцы*

Цель: Изучить особенности клинической картины хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у больных с посттуберкулезным фиброзом легких в зависимости от бронхитического и эмфизематозного варианта их течения.

Материалы и методы: Обследовано 23 больных с наличием фиброза легких после перенесенного туберкулеза легких (инфильтративный, диссеминированный, фиброзно-кавернозный). У 37,8 % больных был выставлен эмфизематозный вариант ХОБЛ с эмфизематозным типом обструкции. Степень выраженности одышки составлял $2,19 \pm 0,47$ балла и $2,29 \pm 0,52$ балла ($p > 0,05$) по шкале MRS. Клиническая картина одышки зависела от выраженности бронхообструкции и непродуктивного кашля.

Результаты: Объективизация симптомов показала, что у 31 % пациентов была выражена бочкообразная форма грудной клетки, подвижность нижнего края легочного края значительно уменьшена, при перкуссии выслушивался коробочный звук и ослабленное везикулярное дыхание с наличием диффузных сухих свистящих хрипов в области эмфизематозных участков.

Что касается объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и показателя отношения ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), то они были низкими у 23,9 % больных. Наряду с обструктивными нарушениями функции внешнего дыхания (снижение ОФВ1) отмечались выраженные изменения в Т-клеточном (снижение функциональной активности Т-лимфоцитов в реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) и В-клеточном (снижение уровней сывороточных Ig M, Ig A)) звеньях иммунной системы с существенным увеличением количества эозинофилов в бронхах на фоне снижения жизнеспособности альвеолярных макрофагов при их относительно высокой функциональной активности.

Бронхитический вариант ХОБЛ чаще отмечался у более молодых пациентов на фоне менее тяжелых обострений с более высокими показателями ОФВ1, около 35,2 % больных при этом относились к задымленным курильщикам, и их беспокоил кашель в течение 7-10 лет.

Выводы: Таким образом, у больных туберкулезом легких в сочетании с ХОБЛ различают эмфизематозный и бронхитический типы течения ХОБЛ, что усугубляет клиническое течение и прогноз относительно развития легочной гипертензии (у больных с бронхитическим типом) и качества жизни.

ПАРАМЕТРИ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ І НАЯВНІСТЮ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ І БЕЗ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ

Снігурська І. О., Старченко Т. Г., Пенькова М. Ю., Мисниченко О. В.,
*Каюмов У. К., *Хасанова Х. Д.

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

Мета – оцінити показники добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) і гіпертензивним серцем (ГС) та без ГС.

Матеріали і методи. Обстежені 23 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії та 2-3 ступеня з абдомінальним ожирінням (АО) I-II ступенів і гіпертензивним серцем (ГС) та 21 хворих на ГХ з АО без ГС. Використовували систему амбулаторного моніторування АТ АВРМ-04, «MEDITECH» (Угорщина). Для оцінки структурно-функціонального стану лівих відділів серця використовували комплекс медичний діагностичний ультразвуковий «Aloka SSD 280 LS» (Японія).

Результати. Середньодобові систолічний (САТ) та діастолічний (ДАТ) у пацієнтів без ГС склали (145 (134;154) і (93 (84;96) мм рт. ст., ($p < 0,05$)). У хворих на ГХ з АО, що мали ГС середньодобові САТ та ДАТ склали (157(150;168) і (98 (81;106) мм рт. ст., ($p < 0,05$)). Індекс часу (ІЧ) САТ (24) був рівним (60(54;75) % у хворих на ГХ з АО без ГС. Цей показник у хворих на ГХ з ГС складав (86(67;96) %, що було достовірно вище, ніж у хворих на ГХ без ГС. ІЧ ДАТ (24) у хворих на ГХ з АО без ГС складав (48 (40;60) %, а при наявності ГС був достовірно вищим (84 (44;94) %, ($p < 0,01$)). Денна і нічна варіабельність САТ у хворих на ГХ з АО з ГС складала (19 (11;15) і (14 (8;15) мм рт. ст і була достовірно вищою ніж у аналогічних хворих без ГС (12(11;15) та (10(9;17) мм рт. ст., ($p < 0,05$)). Варіабельність ДАТ протягом денного періоду дорівнювала (16 (9;19) та (13 (8;15) мм рт. ст. у хворих на ГХ з АО з ГС і перевищувала показник варіабельності у хворих на ГХ з АО без ГС (10(8;12) та (9(7;10) мм рт. ст., ($p < 0,05$)). При поглибленому вивченні характеру добового профілю АТ у хворих на ГХ з АО було виявлено, що у деяких хворих спостерігався добовий профіль АТ з різноспрямованими (диспропорційними) змінами САТ і ДАТ в нічні години. При цьому у хворих на ГХ з АО з ГС диспропорційний добовий ритм АТ спостерігався у 28% пацієнтів, у той час, як у хворих на ГХ з АО без ГС, вказаний ритм АТ зустрічався лише у 20% пацієнтів ($p < 0,05$)).

Висновок. Хворі на ГХ з АО та ГС характеризувались достовірно більш високими середньодобовими, середньоденними та середньонічними показниками САТ і ДАТ ($p < 0,05$), індексами навантаження САТ і ДАТ ($p < 0,05$) та вищою варіабельністю САТ(Д) і ДАТ(Д), ($p < 0,05$). Характерним є збільшення патологічних типів добового профілю АТ у хворих на ГХ з АО та ГС, а також збільшення частоти диспропорційного добового ритму АТ.

КЛІНІЧНІ, АНТРОПОМЕТРИЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ГІПЕРТРОФІЄЮ СЕРЦЯ

Старченко Т. Г., Божко В. В., Милославський Д. К., Дунаєвська М. М.,
Мисниченко О. В.

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

Мета роботи – вивчення клінічних, антропометричних та гемодинамічних показників у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з наявністю гіпертрофії серця (ГС) та без.

Матеріали та методи. Обстежено 82 хворих на ГХ 2-3 ступеню з абдомінальним ожирінням (АО) віком від 40 до 69 років. Хворим проводили загально-клінічні, антропометричні та ехокардіографічне обстеження. За АО приймали показники об'ємів талії: для чоловіків > 102 см, для жінок > 88 см. Вимірювали кінцевий діастолічний та кінцевий систолічний розміри лівого шлуночка (ЛШ), товщину міжшлуночкової перегородки і задньої стінки ЛШ. Масу міокарда ЛШ (ММЛШ) розраховували за формулою $1,04 \times [(МШП + 3СЛШ + КДР)^3 - (КДР)^3] - 13,6$; індекс ММЛШ (ІММЛШ) визначали як відношення ММЛШ до площі поверхні тіла. ГС діагностовано у 66 пацієнтів – основна група, у 16 хворих ГС не було – група порівняння.

Результати. Встановлено, що хворі основної групи відрізнялися від таких у групі порівняння більш молодшим віком - 49,00 (42,00; 55,00) років проти 53,85 (48,00; 55,00) років, $p < 0,05$, та більшою тривалістю гіпертензії (тривалість гіпертензії більш 10 років спостерігалася у 42% хворих з ГХ, АО та ГС і у 19% - у групі порівняння). Обтяжена спадковість за ГХ виявлена у 75,8% в групі хворих на ГХ, АО і ГС (проти 37,5% - у групі хворих на ГХ, АО без ГС, $p < 0,05$). За клінічним перебігом ГХ було встановлено, що в основній групі ГХ 3 ступеню була діагностовано у 80,3% хворих; в групі порівняння – у 56,2% хворих, $p < 0,05$. У хворих на ГХ з АО та ГС достовірно вищою, ніж у хворих на ГХ з АО без ГС оказалась частота серцевої недостатності (СН) І функціонального класу (35% проти 12%, $p < 0,05$, відповідно). Також в групі хворих на ГХ, АО та ГС - у порівнянні зі хворими на ГХ, АО без ГС - достовірно ($p < 0,05$) вищими оказались показники АО (II стадія АО зустрічалася у 54,5% хворих в основній групі і тільки у 31%. Встановлено, що у хворих на ГХ з АО і ГС, в порівнянні з хворими на ГХ з АО без ГС, зареєстровано достовірно збільшення товщини міжшлуночкової перегородки та задньої стінки ЛШ ($p < 0,05$), а також більш вищі показники ІММЛШ, ($p < 0,05$) і співвідношення Е/А - $p < 0,05$.

Висновки. Хворі на ГХ з АО та ГС відрізнялися від хворих на ГХ з АО без ГС більш молодшим віком; більшою тривалістю гіпертензії; більш обтяженою спадковістю за ГХ; більш важким клінічним перебігом ГХ; достовірно більшою кількістю ускладнень ГХ у вигляді серцевої недостатності.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОЗВИТКУ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

Старченко Т. Г., Божко В. В., Юшко К. О.,
Пенькова М. Ю., Конькова В. С.

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

Мета. Вивчити стан вуглеводного та ліпідного обміну у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) в залежності від наявності чи відсутності гіпертензивного серця.

Матеріали і методи. Обстежено 52 хворих на ГХ у поєднанні з АО, з яких у 30 не було виявлено гіпертрофії міокарда лівого шлуночка. У всіх пацієнтів (з і без гіпертензивного серця) вивчали показники вуглеводного і ліпідного обміну в крові.

Результати. Встановлено, що у хворих на ГХ з АО і гіпертензивним серцем (1 група) у порівнянні з пацієнтами без гіпертензивного серця (2 група) достовірно вище був індекс маси тіла. Так, в 1 групі він склав $(34,8 \pm 1,2)$ кг/м², в 2 групі – $(32,0 \pm 1,3)$ кг/м² ($p < 0,05$). Крім того, хворі з гіпертензивним серцем характеризувались більш тривалим перебігом гіпертензивного анамнезу у порівнянні з пацієнтами без гіпертензивного серця. При цьому в 1 групі тривалість ГХ більше 10 років була зареєстрована в 42%, в 2 групі відповідно в 20%. При вивченні вуглеводного обміну відмічались більш виражені зміни його в 1 групі обстежених. Так, при ГХ з АО і гіпертензивним серцем у 32% хворих спостерігалось порушення вуглеводного обміну (гіперглікемія натще чи порушення толерантності до глюкози). В той же час у хворих на ГХ з АО без гіпертензивного серця такі порушення були виявлені лише у 12% випадків. Аналіз частоти зустрічаємості різних порушень ліпідного обміну в 1 групі показав відсутність дисліпідемії в 8% хворих, гіпертригліцеридемія відмічалась в 33% випадків, комбінована дисліпопротеїдемія встановлена у 88% пацієнтів. У 2 групі обстежених нормальні показники ліпідного обміну виявлені у 25% хворих, гіпертригліцеридемія – в 19% випадків. У 21% пацієнтів спостерігалась комбінована дисліпопротеїдемія, що достовірно відрізнялось від аналогічного показника 1 групи ($p < 0,001$).

Висновки. Таким чином, хворі на ГХ з АО та гіпертензивним серцем характеризувалися більш тривалим гіпертензивним анамнезом, вірогідно вищим індексом маси тіла. У хворих на ГХ з супутнім АО в разі наявності гіпертензивного серця спостерігається суттєве порушення вуглеводного та ліпідного обміну у порівнянні з пацієнтами на ГХ з АО та без ураження серця.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПЕЧІНКОВОЇ ТА ПОЗАПЕЧІНКОВОЇ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Степанов Ю. М., Чалий М. В., Петішко О. П.

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

Мета: визначення найбільш інформативних диференційних критеріїв форм портальної гіпертензії (ПГ).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 165 хворих з цирозом печінки віком ($53,5 \pm 1,2$) роки, серед яких було 79 жінок (47,9%), 86 чоловіків (52,1%). ІІ групу склали 40 хворих з позапечінковою ПГ (тромбоз ворітної вени, хвороба Бадда-Кіарі, кардіосклероз, стан після хірургічних втручань на органах черевної порожнини) віком ($33,8 \pm 2,1$) роки. В цій групі чоловіки склали 62,5% ($n=25$), відповідно жінки – 37,5% ($n=15$). Усім пацієнтам проведені загальноклінічні та лабораторні обстеження. Для діагностики ПГ проводили комплексне ультразвукографічне дослідження органів черевної порожнини та езофагогастродуоденоскопію. Статистична обробка даних проводилася з використанням програми SPSS 16.0.

Результати та обговорення. В результаті комплексного дослідження клініко-лабораторних та інструментальних показників були відібрані діагностичні ознаки печінкової ПГ: шанс щодо діагностики печінкової ПГ при встановленні у хворого печінково-селезінкового артеріального індексу більше 51% складає $98,0$ (95%ДІ $32,0; 300,1$), при збільшенні при пальпації печінці – $81,5$ (95%ДІ $17,7; 374,9$), поєднанні цитолітичного, холестатичного та мезенхімально-запального синдромів – $66,3$, (95%ДІ $23,5; 186,8$), гіпокоагуляції – $18,7$ (95%ДІ $6,9; 50,6$), диспепсичного синдрому без ендоскопічних змін слизової оболонки шлунка – $9,5$ (95%ДІ $3,9; 22,7$) та реканалізації пупкової вени – $4,0$ (95%ДІ $1,6; 10,0$). Для пацієнтів ІІ групи характерними були гіперспленізм без наявності асцити та кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу ($\chi^2=30,0$; $p<0,001$), гіперкоагуляція ($\chi^2=83,2$; $p<0,001$) та наявність спленофугального кровотоку ($\chi^2=54,2$; $p<0,001$). При оцінці вікового розподілу пацієнтів І та ІІ груп було встановлено, що більшість хворих з позапечінковою ПГ була у віці від 18 до 40 років (92,5%). Це спонукало нас до проведення ROC-аналізу щодо віку пацієнтів та побудови відповідного графіку, що дозволило встановити високу якість діагностичної моделі для диференційної діагностики форм ПГ, так як $AUC=0,933$ (95% ДІ $0,864–0,973$; $p<0,001$). Порогове значення віку, за яким у пацієнта можна діагностувати позапечінкову ПГ, склало менше 37 років. Чутливість та специфічність склали 73,3% і 92,9%, відповідно.

Висновки. Впровадження діагностичних критеріїв для визначення форми портальної гіпертензії в практичну охорону здоров'я в 100% випадків сприяє вибору диференційної тактики лікування цієї патології.

СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Стойкевич М. В., Коненко І. С., Шевцова З. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна.

Мета: вивчити гендерні особливості структурних змін печінки при неспецифічному виразковому коліті (НВК) та хворобі Крона (ХК).

Матеріали та методи: Проведено обстеження 40 пацієнтів за допомогою стеатометрії та зсувнохвильової еластографії (ЗХЕ), в тому числі 27 з НВК, 13 з ХК, з них 23 жінки та 17 чоловіків. Ультразвукове дослідження проводилось на апараті Ultima РА (Україна).

Результати: Визначення жорсткості паренхіми печінки (ЖПП) методом ЗХЕ, як маркера прогресування фіброзу показало тенденцію до збільшення показників жорсткості у жінок з НВК в порівнянні з чоловіками: $(5,82 \pm 0,43)$ кПа, $(1,37 \pm 0,05)$ м/с проти $(5,45 \pm 0,39)$ кПа, $(1,34 \pm 0,05)$ м/с та зменшення ЖПП у жінок з ХК. Фіброз печінки за даними ЗХЕ виявлено у 14 (35,0 %) у хворих на ХЗЗК, з них 10 пацієнтів F1 та 4 – F3. У більшості встановлено відсутність фіброзу за шкалою Metavir – 26 (65,5 %) F0. Виявлена відсутність достовірних змін в залежності від статі, але є тенденція до більшої частоти випадків F1 у жінок в порівнянні з чоловіками (26,1 % проти 23,5 %) та виявлення фіброзу печінки F3 у чоловіків в порівнянні з жінками (11,8 % проти 8,7 %). Стеатометрія, виконана з метою оцінки ступеня жирової інфільтрації печінки, показала відсутність достовірних відмінностей в залежності від статі, але відмічалась тенденція до збільшення коефіцієнту затухання ультразвуку у чоловіків з НВК в порівнянні з жінками. Стеатоз печінки за шкалою NAS виявлено у 32,5 % хворих на ХЗЗК, 1 ступінь – у 12 (30,0 %) пацієнтів та 2 ступінь – 1 (2,5 %).

Висновок. Таким чином, виявлені зміни ЖПП за даними ЗХЕ і стеатометрії, свідчили про наявність фіброзу і стеатозу, незалежно від гендерних ознак. При порівнянні груп хворих на ХЗЗК в залежності від статі виявлено, що у чоловіків з ХЗЗК в 1,4 рази частіше виявлявся F3, ніж у жінок.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАНУ

Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро, Україна

Мета: визначити особливості клінічної картини ХЗЗК в залежності від нутритивного статусу хворих.

Матеріали та методи: Обстежено 120 хворих віком від 18 до 60 років, в тому числі 81 хворий на неспецифічний виразковий коліт (НВК), 39 – на хворобу Крона (ХК). У 47 випадках при НВК та у 9 при ХК спостерігався середній ступень тяжкості захворювання, у 34 хворих на НВК та в 30 випадках ХК – тяжкий перебіг захворювання. Серед пацієнтів було 55 жінок та 65 чоловіків. На підставі визначення відсотка жирової маси тіла (%ЖМТ) за даними біоімпедансметрії 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).

Результати: Найбільш тяжкий і ускладнений перебіг захворювання зустрічався у хворих зі зниженим нутритивним статусом. У 17,4% хворих цієї групи спостерігалися синдром скороченої товстої кишки. У 57,9% пацієнтів був тяжкий перебіг ХЗЗК, в 13,0 % випадків з токсикосептичною формою, в 34,8% – з декомпенсацією травлення. Хворі I групи скаржилися на виражений диспепсичний та больовий синдром за ходом товстої і клубової кишок, проноси до 20 разів на добу з патологічними домішками у калі (кров, гній). Тільки у пацієнтів з ХК цієї групи мали місце нориці (ректо-вагінальні і ректо-міхурові). Анемія зустрічалася в 34,8% випадків. У 1/3 хворих I групи спостерігалася підвищення температури тіла від 37,3⁰С до 39,2⁰С. У хворих на ХЗЗК III групи тяжкий перебіг захворювання спостерігався в 48,4% випадків, з них в 6,5% – з токсикосептичною формою. Анемія мала місце у 25,8% пацієнтів. Хворі цієї групи скаржилися також на біль за ходом кишечника, проноси до 10 разів на добу, підвищення температури до 38⁰С. Проте ці скарги зустрічалися у меншому відсотку випадків, ніж в групі пацієнтів I групи. Що стосується групи хворих на ХЗЗК II групи, то у 75,0 % обстежених перебіг був середньої тяжкості. Для клінічної картини був характерний абдомінальний біль, але з локалізацією в сигмовидній кишці та нестійким характером. Частота стулу не перебільшувала 3-5 разів на добу.

Висновок. Таким чином, виявлено, що стан нутритивного статусу хворих значно впливає на перебіг ХЗЗК. Так, найбільш тяжкий, тривалий перебіг з багато чисельними ускладненнями і вираженою клінічною картиною був у хворих на ХЗЗК зі зниженим нутритивним статусом.

НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ БІЛІРУБІНУ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Стрільчук Л. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Описано, що білірубін має антиоксидантні властивості, зумовлені системою кон'югованих подвійних зв'язків у його молекулі, пригніченням фосфориляції білків, зв'язками з ядерними та арил-гідрокарбоним рецепторами. Зменшення його рівня до ≤ 10 мкмоль/л є несприятливим предиктором перебігу кардіоваскулярних хвороб, що потребує подальших досліджень.

З метою оцінки поширення низького рівня білірубину у хворих на гострі форми ішемічної хвороби серця (ІХС: гострий інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія), які потребували аорто-коронарного шунтування, обстежено за протоколом 98 пацієнтів, які поділені на групи з нормальним та низьким (≤ 10 мкмоль/л) рівнями білірубину, у яких визначено кореляції усіх лабораторно-інструментальних параметрів за Спірменом.

Встановлено, що середній рівень білірубину відрізнявся залежно від стану жовчного міхура та був мінімальним у пацієнтів з видаленим міхуром (9,54 мкмоль/л) та за умов сладжу (10,14 мкмоль/л). Низький білірубін крові діагностувався у 63,2%, нормобілірубінемія – у 35,8%, гіпербілірубінемія – у 1,0% осіб з гострими формами ІХС. Частота низького білірубину була максимальною після холецистектомії (80,0%) та при перегибах тіла міхура (69,2%). У пацієнтів з низьким вмістом білірубину його рівень був обернено пропорційним кінцево-діастолічному розміру лівого шлуночка ($r = -0,26$, $p < 0,05$), тобто, подальше зменшення білірубину буде відбуватись паралельно з дилатацією лівого шлуночка, що є несприятливим для пацієнтів. Крім того, у пацієнтів з низьким вмістом білірубину крові ступінь стенозу правої коронарної артерії істотно асоціюється з станом жовчного міхура - зростає з розвитком холестазу та холелітіазу ($r = 0,45$, $p < 0,05$), та пов'язаний з процесами гіперкоагуляції (з протромбіновим індексом $r = 0,38$, $p < 0,05$). Ступінь стенозу лівої коронарної артерії істотно корелює з розміром лівого шлуночка ($r = 0,69$, $p < 0,05$). Крім множинних кореляцій ехокардіографічних показників між собою, виявлені асоціації розмірів лівого передсердя з кількістю глюкози натще та після вуглеводного навантаження, а товщини міжшлуночкової перетинки – з активністю синдрому запалення (за швидкістю осідання еритроцитів) та останнім виміром тесту толерантності до глюкози.

Висновок: у 63,2% хворих на гострі форми ІХС діагностується низький рівень білірубину, який корелює з розміром лівого шлуночка. За умов гіпобілірубінемії ступінь стенозу правої коронарної артерії зростає паралельно з погіршенням стану жовчного міхура та збільшенням схильності до тромбозу.

**ВЛИЯНИЕ 2-ЭТИЛ-6-МЕТИЛ-ГИДРОКСИПИРИДИНА
СУКЦИНАТА НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА КРОВИ У БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И КОГНИТИВНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И
В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Строенко Е. С., Хижняк А. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Каждый год в Украине регистрируется около 50 тысяч случаев острого инфаркта миокарда (ОИМ). Одной из причин неблагоприятного течения ОИМ являются сосудистые нарушения головного мозга, к которым относятся когнитивные нарушения.

Цель. Изучить влияние 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината на уровни кортизола сыворотки крови, у больных ОИМ и когнитивными нарушениями.

Методы исследования. В исследование включено 70 пациентов с ОИМ и когнитивной дисфункцией до 60 лет. Дополнительно изучались уровни кортизола сыворотки крови. Когнитивные нарушения выявлялись тестами на когнитивную дисфункцию. В зависимости от вида терапии больные поделены на 2 группы: 1-я группа (n=35) - пациенты со стандартной схемой лечения при ОИМ и кверцетином, 2-я группа (n=35) - к стандартной терапии и кверцетину был добавлен 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат.

Результаты исследования. При проведении исследований у пациентов выявлено повышение кортизола крови в первые сутки заболевания. В 1-й группе кортизол был повышен у 31 пациента (86%), что в среднем составило $24,68 \pm 0,57$ мкг/дл. Во 2-й группе кортизол был повышен у 28 пациентов (80%), в среднем $26,8 \pm 1,4$ мкг/дл. На фоне проводимой терапии, в 1-й группе, уровни кортизола остался повышенным у 16 пациентов (45,7%), что в среднем составило $22,02 \pm 0,46$ мкг/дл, тогда как у пациентов 2-й группы, где к стандартной терапии был добавлен 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат 200 мг два раза в сутки, уровень кортизола остался повышенным у 8 пациентов (22,85%), в среднем $23,42 \pm 1,13$ мкг/дл. Результаты тестов показали, что когнитивная дисфункция проявлялась у всех обследуемых больных в первые сутки заболевания, однако была замечена отчетливая тенденция, что добавленный к стандартной схеме лечения 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат, послужил значительному снижению когнитивной дисфункции у исследуемых второй группы.

Выводы. Таким образом, использование 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината в комплексе с кверцетином у пациентов с ОИМ и когнитивными нарушениями, требует нашего пристального внимания и дальнейшего изучения.

**СТАН МІНЕРАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ
НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ
НА ХРОНІЧНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ**

Сусла О. Б., *Літовкіна З. І., *Данилів С. В., Буштинська О. В.

*ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України",*

**Тернопільська університетська лікарня, Україна*

Мета: оцінити стан мінерального обміну у хворих на діабетичну нефропатію (ДН), які отримують лікування програмним гемодіалізом (ГД).

Матеріали і методи: У дослідження було включено 121 хворого на хронічну хворобу нирок V стадії, які перебували на хронічному ГД (чоловіки, 71; вік, $(52,2 \pm 1,0)$ років; тривалість ГД, $(52,2 \pm 4,8)$ місяців). Переважали хворі з хронічним гломерулонефритом (35 %). Усі суб'єкти були розподілені на дві групи: 1-ша група ($n=35$) – пацієнти із ДН, 2-га ($n=86$) – пацієнти без діабету. З метою дослідження мінерального метаболізму визначали сироватковий вміст кальцію (Ca), іонізованого кальцію (Ca^{++}), фосфату (P), магнію (Mg) та концентрацію інтактного паратгормону (іПТГ). Застосовували U-критерій Манна-Уїтні для порівняння кількісних показників у двох групах. Кількісні дані представлено як середні значення та їх стандартні помилки ($M \pm m$).

Резул ьтати: Встановлено, що концентрація іПТГ у хворих на ДН була значуще нижчою, ніж у пацієнтів без діабету ($(279,90 \pm 41,40)$ vs. $(526,46 \pm 56,01)$ пг/мл; $Z=2,01$, $p=0,046$), а вміст P мав тенденцію до зниження ($(1,76 \pm 0,07)$ vs. $(1,95 \pm 0,06)$ ммоль/л; $Z=1,91$, $p=0,056$). Водночас показники Ca, Ca^{++} у хворих 1-ї і 2-ї груп не відрізнялись. Нами встановлено значуще зниження сироваткового вмісту Mg у ГД-хворих на ДН ($(0,90 \pm 0,03)$ vs. $(0,98 \pm 0,02)$ ммоль/л; $Z=3,04$, $p=0,002$) порівняно з такими без ДН.

Висновок: (1) ДН у хворих, які перебувають на хронічному гемодіалізі, поєднується з порушеннями мінерального метаболізму, причому прояви вторинного гіперпаратиреозу більш виражені у пацієнтів без діабету. (2) Гіпомагніємія може бути одним із факторів підвищеного серцево-судинного ризику у ГД-хворих із ДН.

ОБМІН ПРОСТАГЛАНДИНІВ У ХВОРИХ З КОМОРИТНИМ ПЕРЕБІГОМ ВІБРАЦІЙНОЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Сухонос Н. К.

*Харківський національний медичний університет, Україна
Кафедра внутрішніх та професійних хвороб*

Метою дослідження було визначення простагландинів в сироватці крові у хворих з поєднаним перебігом ВХ та ГХ.

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 років. З них у 60 хворих ВХ була на тлі ГХ II (основна група), а у решти 47 хворих була ізольована ВХ (група порівняння). Кожна група поділена на підгрупи за ступенем ВХ. Основна група: хворі ВХ I з ГХ II (26 осіб) та другу підгрупа - ВХ II з ГХ II (34 людини). Група порівняння: підгрупа з ВХ I ст. (21 осіб) і з ВХ II ст. (26 осіб). Контрольна група-22 практично здорових чоловіків. Вміст простагландинів в сироватці крові визначали методом радіоімунного аналізу за допомогою діагностичних тест-систем фірми «Amersham» (Великобританія). Статистичний аналіз даних проводили за допомогою комп'ютерного пакета прикладних програм для обробки статистичної інформації Statistica 6.1 (StatSoft, Inc., США).

Результати. Нами встановлено, що вміст ПГЕ2 збільшувався вже в стадії початкових проявів ВХ в групі зіставлення - 1886пг/мл Ме[1667;1995], залишаючись підвищеним при ВХ II ступеня-2197 пг/мл Ме[1913;2538], в порівнянні з групою контролю-1649 пг/мл Ме[1211;1867]. При ВХ, одночасно зі змінами в вмісті ПГЕ2, відзначалася тенденція до підвищення ПГФ2а: в групі зіставлення ВХ I ступеня - 23,01 пг/мл Ме[19,50;25,56], ВХ II ступеня-24,86 пг/мл Ме[22,53;28,50], в порівнянні з контрольною групою-16,9пг/мл Ме[14,33;19,22]. В основній групі нами виявлено одночасне підвищення рівня всіх визначених простагландинів. При чому секреція ПГФ2а перевищувала відповідні показники у пацієнтів з ВХ I ступеня ГХ II ступеня - 26,92 пг/мл Ме[25,08; 30,03] і в підгрупі ВХ II ступенів ГХ II ступеня - 29,62пг/мл Ме [25,70;32,48] в порівнянні з контролем- 16,9 пг/мл Ме[14,35;19,22]. Рівень ПГЕ2 в цій групі хворих був максимально високим в групі ВХ II ступеня ГХ II ступеня-2303пг/мл Ме[1896 2679], в порівнянні зі значеннями в групі ВХ I ступеня ГХ II ступеня-2230 пг/мл Ме [1870;2500] і перевищував показники пацієнтів контрольної групи -1649 пг/мл Ме [1211;1867].

Висновки. Встановлено, що одним з патогенетичних ланцюгів вібраційної хвороби і гіпертонічної хвороби є ендотеліальна дисфункція і подальший розвиток склеротичних змін в судинах, на що вказують достовірно вищі рівні простагландинів ПГЕ2.

**КОНЦЕНТРАЦІЯ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ТЛІ ТРИВАЛОСТІ
ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

Табаченко О. С., Дроворуб В. О.

*Харківський національний медичний університет, Україна,
Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології
ім. академіка Л. Т. Малої*

Мета: оцінити вплив апеліну-12 та обестатину у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу за умов наявності ішемічної хвороби серця (ІХС) та в залежності від її тривалості.

Матеріали і методи: у дослідженні було обстежено 60 пацієнтів з поєднанням АГ та ЦД 2 типу на тлі ІХС (середній вік $60,03 \pm 1,17$). Подальший розподіл згідно стажу тривалості ІХС: менше 5 років, від 5 до 10 років та більше 10 років, відповідно. Верифікацію АГ та ЦД 2-го типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України.

Результати та їх обговорення: у хворих з АГ та супутнім ЦД 2 типу при ІХС тривалістю від 5 до 10 років рівень апеліну-12 був вірогідно нижче на 17,86% ($p < 0,05$), ніж при тривалості ІХС менше 5 років. Подібні різниці знайдено при зіставленні концентрації даного показника у хворих зі стажем ІХС більше 10 років та тривалістю ІХС менше 5 років. За умов тривалості ІХС менше 5 років рівень апеліну-12 був вище на 19,39% (різниці вірогідності: $p < 0,05$).

Що стосується обестатину, концентрація даного адипоцитокіна достовірно знижувалась при збільшенні тривалості ІХС більше 5 років та менше 10 років у хворих з АГ та ЦД 2 типу (різниці вірогідні при зіставленні з пацієнтами, що мали стаж ІХС менше 5 років, $p < 0,05$).

Висновки: проведене дослідження показало, що наявність ішемічної хвороби серця зі стажем менше 5 років асоціюється з більш високою активністю апеліну-12 та обестатину, яка виснажується пропорційно зростання тривалості захворювання на ІХС, що дає можливість говорити про патогенетичну роль параметрів адипоцитокіногенезу у атеросклеротичному процесі.

ВПЛИВ РІВНІВ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ЩОДО ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ НАДМІРНОЇ ВАГИ ТІЛА ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ОЖИРІННЯ

Табаченко О. С., Нгуєн Тхі Лієн

*Харківський національний медичний університет, Україна,
Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології
ім. академіка Л. Т. Малої*

Мета: оцінити ефекти апеліну-12 та обестатину у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) та коморбідним цукровим діабетом (ЦД) 2 типу на виникнення надмірної ваги тіла та прогресування ожиріння.

Матеріали і методи: У дослідженні було обстежено 62 пацієнтів з поєднанням АГ та ЦД 2 типу та ожирінням (середній вік $60,03 \pm 1,17$). Подальший розподіл згідно ступеня його тяжкості виявив наявність 1 ступеня ожиріння у 44 пацієнтів та 2 ступінь ожиріння у 18 пацієнтів. У якості контрольної групи було залучено 30 практично здорових осіб. Верифікацію АГ та ЦД 2-го типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України.

Результати та їх обговорення: У хворих на тлі коморбідності АГ та ЦД 2 типу знайдено зниження сироваткового рівня обестатину на 5,7% ($p < 0,05$). Апелін-12 у хворих з ожирінням на тлі АГ та ЦД 2 типу виявив тенденцію до зростання, що не досягла рівня вірогідності при зіставленні з хворими без ожиріння. Рівень апеліну-12 вірогідно не відрізнявся у хворих з ожирінням 2 ступеня порівняно з 1 ступенем ожиріння за наявності коморбідності АГ та ЦД 2 типу. Концентрація обестатину була вірогідно нижче на 7,53% при ожирінні 2 ступеня порівняно з ожиріння у хворих з АГ та супутнім ЦД 2 типу.

Висновки: обестатин володіє анорексичними властивостями внаслідок антагоністичних ефектів по відношенню грелін-опосередкованої експресії генів, що кодують процеси активного поглинання їжі. Секреція обестатину негативно модулюється надходженням їжі. Тобто їжа розглядається як інгібітор секреції обестатину. У когорті хворих з гіпообестатинемією не виявляється анорексичний ефект як результат недостатньої активності вище зазначеного маркера. Дизадаптивне зниження обестатину у хворих з ожирінням на тлі АГ та супутнього ЦД 2 типу, порівняно з пацієнтами без ожиріння, може розглядатись фактором розвитку та прогресування надмірної ваги тіла. Отримані результати підтверджують наше припущення, що гіпообестатинемія може розглядатись маркером розвитку прогресування ожиріння у хворих з АГ та ЦД 2 типу.

ІМУННА СИСТЕМА У ВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Татарчук О. М., Діденко В. І., Косенко Л. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета роботи: оцінити стан показників імунної системи у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

Матеріали і методи. В ході роботи було обстеження 36 хворих на НАЖХП, які знаходилися на лікуванні у відділенні захворювань печінки ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Хворі були розподілені на дві групи: I - 8 хворих із стеатозом, II – 28 хворих із неалкогольним стеатогепатитом.

Субпопуляційний склад лімфоцитів визначали за допомогою моноклональних антитіл фірми “Сорбент ТМ” до молекул CD3, CD19, CD4, CD8, CD16. Мононуклеарні клітини виділяли із периферичної венозної крові пацієнтів в градієнті щільності 1,077 г/см.

Рівень ІЛ-6, ІЛ-10, TNF- α визначали імуноферментним методом наборами реактивів фірми «Вектор-БЕСТ».

Результати. У 75,0 % хворих на НАЖХП вірогідно знижено відносний вміст Т-загальних лімфоцитів. Так, кількість CD3+ у I групи хворих знижена до (45,25 \pm 1,6) % та у II групи хворих - до (44,79 \pm 1,0) %. У 83,3% хворих на НАЖХП встановлено значне зниження Т-хелперної субпопуляції: до (27,38 \pm 2,1) % у I групи хворих та до (25,89 \pm 1,05) % у II групи хворих. Визначена тенденція до зниження CD16+. У половини хворих I групи та у 57,1 % - II групи рівень ЦІК був вірогідно підвищений ($p < 0,05$).

Виявлене в результаті дослідження зниження відносних показників CD3+, CD4+, CD4/CD8 свідчить про недостатність клітинного імунітету у хворих на НАЖХП, що можливо сприяє формуванню стеатозу.

Проведені дослідження показали, що концентрація ІЛ-6 вірогідно вище в 2,1 рази ($p < 0,05$) у хворих II групи в порівнянні із контролем. Концентрація TNF- α у I та II груп була вірогідно вищою в 6,6 рази та 7,0 рази ($p < 0,05$) відповідно, у порівнянні з групою контролю.

Рівень інсуліну у хворих II групи вірогідно перевищував даний показник контрольної групи в 1,8 рази ($p < 0,05$).

Висновок. В результаті дослідження показників імунного статусу встановлена недостатність клітинного імунітету у хворих НАЖХП, що можливо сприяє формуванню стеатозу. Пов'язаний з ожирінням стеатоз печінки обумовлений підвищеним виділенням запальних цитокінів гепатоцитів, і збільшеним рівнем інсуліну.

СТАН ЦИТОКІНОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Татарчук О. М., Діденко В. І., *Кудрявцева В. Є.,
Ягмур В. Б., Меланіч С. Л.

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро,
*Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту,
м. Дніпро, Україна*

Мета роботи: оцінити рівень цитокінів у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП).

Матеріали і методи. Проведено імунологічне обстеження 68 хворих на ХДЗП. Всі обстежені хворі були розподілені на групи в залежності від етіологічних факторів при формуванні та прогресуванні стеатозу та фіброзу печінки: I групу склали 36 пацієнтів на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП); II група представлена 13 хворими на хронічний вірусний гепатит, асоційований з вірусом "С" (ХГС), в III групу увійшли 14 пацієнтів з алкогольною хворобою печінки (АХП), в IV групу – 5 пацієнтів з токсичним гепатитом (ТГ).

Рівень ІЛ-6, ІЛ-10, TNF- α визначали імуноферментним методом наборами реактивів фірми «Вектор-БЕСТ».

Результати. Проведені дослідження показали, що концентрація ІЛ-6 в обстежених групах хворих не відрізнялась від контрольних значень. Його рівень вірогідно вищий в 3,9 рази ($p < 0,05$) у хворих I групи в порівнянні із IV групою хворих. Концентрація TNF- α у I, II та IV групах була вірогідно вищою в 6,9 рази, 7,9 та 11,0 рази відповідно, ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю.

Підвищення рівня TNF- α на протязі тривалого часу пригнічує активність Т-хелперів 1-го типу (Тх1), а відповідно, і клітинну імунну відповідь. З одного боку, TNF- α є необхідним для проліферації гепатоцитів і попередження їх апоптозу при регенерації печінки, з іншого – є медіатором гепатотоксичності при бактеріальних, вірусних і токсичних впливів.

Підвищений рівень прозапальних цитокінів в крові хворих на ХДЗП не індукує секрецію протизапальних цитокінів (ІЛ-10), що приводить до надмірної активації макрофагів, підтримки імунопатологічного процесу та прогресуванню ХДЗП.

Висновок. Дослідження цитокінової регуляції показали, що концентрація TNF- α вірогідно перевищує контрольні значення при НАЖХП (в 6,9 рази, $p < 0,05$), ХГС (в 7,9 рази, $p < 0,05$) та ТГ (в 11,0 рази, $p < 0,05$). Рівень ІЛ-6 вірогідно вищий у хворих НАЖХП (в 3,9 рази, $p < 0,05$) в порівнянні із групою хворих ТГ. Це вказує на прогресування імунопатологічного процесу і є патогенетичними ознаками неадекватності функціонування імунної системи при ХДЗП.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета роботи: оцінити рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) в залежності від статі.

Матеріали і методи. Проведено імунологічне обстеження 40 хворих на ХЗЗК: 27 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 13 хворих на хворобу Крона (ХК), які знаходилися на лікуванні у відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Усі хворі були розділені на дві групи в залежності від статі: 17 чоловіків та 23 жінки. Рівень ЦІК визначали методом V. Haskova - преципітації в 3,75 % розчині поліетиленгліколя з молекулярною вагою 6000.

Результати. Утворення ЦІК є природним процесом завершення гуморального імунної відповіді організму на антиген. Разом з тим, існує група захворювань, в основі яких лежать запальні ефекти, індуковані комплексами антиген-антитіло. Нерідко вони грають важливу патогенетичну роль у розвитку захворювань, надаючи шкідливу дію на різні органи і тканини.

Вміст ЦІК у досліджених хворих на ХЗЗК коливався від 0,9 до 14,5 од.опт.щ. У 73,9 % жінок та у 52,9 % чоловіків хворих на ХЗЗК рівень ЦІК перевищував значення контрольної групи. Середні показники становили $(4,81 \pm 0,81)$ од.опт.щ у чоловіків і $(5,6 \pm 0,73)$ од.опт.щ. у жінок. Статистично значимої різниці між рівнем ЦІК у чоловіків та жінок не встановлено.

При аналізі рівня показника залежно від нозології встановлено, що у жінок хворих на НВК рівень ЦІК вірогідно підвищено у 1,8 рази ($p < 0,05$) порівняно з групою контролю.

Результати проведених досліджень у хворих на ХЗЗК показали, що вірогідної різниці між рівнем ЦІК у чоловіків та жінок не встановлено. Значення ЦІК в сироватці крові достовірно перевищували показники норми у жінок хворих на ХЗЗК в 1,6 рази ($p < 0,05$), що можна розглядати як показник інтенсивності запалення, залучення до патологічного процесу імунної системи.

Висновок. Значення рівня ЦІК в сироватці крові достовірно перевищували показники норми у жінок хворих на ХЗЗК в 1,6 рази ($p < 0,05$). У жінок хворих на НВК рівень ЦІК достовірно підвищений у 1,8 рази ($p < 0,05$) порівняно з групою контролю.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ТА
ГЛЮКОМЕТАБОЛІЧНИХ І ІМУНОЗАПАЛЬНИХ КОМПОНТІВ
У ХВОРИХ НА ІХС ТА ІХС У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Ткаченко О. В., Бондар Т. М., Ченчик Т. О., Горб Ю. Г.

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

Ціль роботи. Вивчити взаємозв'язок жирової тканини та глюкометаболічних і імунозапальних компонентів у хворих на ІХС та ІХС у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріал і методи. Було обстежено 107 хворих (56 хворих (48%) ІХС без ЦД та 51 хворих з ЦД) та 15 – група контролю. Методом біоімпедансу на моніторі складу тіла (модель OMRON BF 511, Японія) вимірювали відсоток жирової маси тіла (ЖМТ, %), відсоток м'язової маси тіла (ММТ, %) та рівень вісцерального жиру (ВЖ, од.). Визначали рівні ліпідів, інсулін, глюкозу крові. Імуноферментним методом визначали рівень інтерлейкіну-6.

Результати та обговорення. У пацієнтів з ІХС, було відзначено достовірне підвищення показника ВЖ, од ($13,25 \pm 5,25$ vs $7,8 \pm 3,56$, $p=0,0007$) у порівнянні з контролем. Рівень ХС ЛПВЩ, ммоль/л був достовірно нижче показників контрольної групи ($1,17 \pm 0,25$ vs $1,51 \pm 0,47$, $p=0,0009$), а також більшим рівнем ІЛ-6, пг/мл ($5,60 \pm 3,57$ vs $2,97 \pm 1,28$, $p=0,05$).

Група пацієнтів ІХС з ЦД 2 типу характеризується зростанням жирової маси тіла як за рахунок ВЖ ($15,63 \pm 5,36$ vs $13,25 \pm 5,25$, $p=0,02$), так і ЖМТ, % ($35,64 \pm 7,64$ vs $31,15 \pm 8,49$, $p=0,005$). Ліпідний спектр достовірно відрізнявся за рахунок перевищення рівня ТГ ($2,30 \pm 1,87$ vs $1,75 \pm 0,88$, $p=0,059$).

В групі пацієнтів ІХС з ЦД достовірно більші: глюкоза, ммоль/л ($8,48 \pm 3,40$ vs $5,52 \pm 0,88$, $p=0,00001$), інсулін, мкЕд/мл ($33,10 \pm 19,56$ vs $22,34 \pm 10,09$, $p=0,057$), глікогемоглобін, % ($7,02 \pm 1,54$ vs $5,59 \pm 0,73$, $p=0,00001$), і відповідно індекс НОМА ($11,56 \pm 2,88$ vs $5,56 \pm 5,52$, $p=0,0004$).

Висновки. Для пацієнтів з ІХС без цукрового діабету характерне збільшення ВЖ, що супроводжувалось зниженням рівню ХСЛПВЩ і підвищенням рівню ІЛ-6. У пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу, достовірно збільшується вісцеральний і загальний жир а порушення метаболізму характеризується зростанням ісулінорезистентності.

БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Тодоріко Л. Д., Сем'янів І. О.

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

Актуальною проблемою сучасності є збільшення частоти захворювань органів дихання, що супроводжуються бронхообструктивним синдромом (БОС). Не виключенням є і туберкульоз легень (ТБ).

Метою роботи було опрацювати дані зарубіжної та вітчизняної літератури, щодо питання впливу БОС на перебіг та ефективність лікування хворих на туберкульоз.

В основі формування БОС при ТБ лежать порушення бронхіальної прохідності функціонального або органічного генезу, які проявляються обмеженням потоку повітря при диханні і мають свої особливі клінічні прояви, що залежать від форми та тривалості перебігу туберкульозного процесу. БОС виявляється у більшості випадків хворих на активний ТБ і є головною ланкою патогенетичного ланцюга формування морфологічних змін у бронхолегеневій паренхімі.

БОС проявляється низкою характерних клінічно-рентгенологічних і функціональних ознак. У більшості хворих бронхообструкція є генералізованою з переважанням порушення бронхіальної прохідності у дистальних і середніх відділах дихальних шляхів, а обов'язковою морфологічною ознакою є наявність запальних змін, бронхоспазму, мукоциліарної дисфункції, що у більшості випадків є зворотними. Бронхообструкцію можна успішно лікувати із застосуванням поряд з програмою антимікобактеріальної терапії сучасних бронхолітиків.

Висновок. Наявність БОС у хворих на ТБ суттєво знижує ефективність лікування і ускладнює курацію пацієнтів. За таких обставин БОС створює сприятливі умови для тривалої персистенції мікобактерій туберкульозу, але, з іншого боку, перешкоджає концентрації антимікобактеріальних препаратів у зоні активного запалення.

ВОЗРАСТ- И ГЕНДЕРСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Топчий И. И., Самохина Л. М., Кириенко А. Н., Якименко Ю. С.

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

Цель. Исследовать содержание кальция и фосфора на фоне структурных и функциональных изменений почек при диабетической нефропатии (ДН) у больных с СД 2-го типа.

Материалы и методы. Наблюдали 68 больных среднего и пожилого возраста с СД 2-го типа в сочетании с ДН II-IV стадий до лечения. Стадию ДН устанавливали согласно С. Mogensen (1981 г.). Контрольная группа - 8 здоровых лиц. Концентрацию кальция и фосфора исследовали в сыворотке крови с использованием наборов Cormay (Польша). Оценивали наличие кальциноза коронарных артерий методом рентгенологического обследования органов грудной клетки и морфологические изменения сосудистой стенки общих сонных артерий (ОСА) количественной эхокардиографией.

Результаты. Установлено повышение концентрации кальция при ДНIV, причем наиболее существенное у мужчин среднего возраста по сравнению с контролем, а у мужчин пожилого возраста - по сравнению с женщинами. Анализ рентгенологического обследования показал наличие кальцификации сосудов у лиц с повышенным содержанием кальция, изучение кровотока и морфологии ОСА - наличие 3 типов изменений сосудов: атеросклеротические бляшки при нормальной толщине комплекса интима-медиа (КИМ) (49%); диффузное утолщение КИМ при отсутствии воспалительных изменений сосудистой стенки (26%); наличие и атеросклеротических бляшек, и утолщения КИМ (25%). Выявлено повышение содержания фосфора, кроме мужчин пожилого возраста, более выраженное - у женщин по сравнению с мужчинами. Однонаправленные изменения концентрации кальция и фосфора отмечены у мужчин среднего возраста, обратная корреляция - у женщин пожилого возраста: повышение содержания фосфора на фоне снижения концентрации кальция.

Выводы. Таким образом, выявлены возраст- и гендер-специфические изменения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови больных ДН, связанной с развитием СД 2-го типа, коррелирующие с данными рентгенологического обследования и количественной эхокардиографии.

ВЛИЯНИЕ ЭПЛЕРЕНОНА НА УРОВНИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОФИБРОТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Топчий И. И., Семеновых П. С., Гальчинская В. Ю., Якименко Ю. С., Щербань Т. Д.

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

Исследования моноцитарного хемоаттрактантного протеина (MCP-1) и ингибитора активатора плазминогена (РАI-1) при патологии почек определяют их ведущую роль в реакциях воспаления, фиброза и прогресса ренальной дисфункции. Существенная патогенетическая роль альдостерона и недостаточная эффективность фармакологической блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) обуславливают значительное внимание к использованию блокаторов альдостерона в клинической практике.

Цель – изучение влияния антагониста рецепторов альдостерона эплеренона на динамику клинико-лабораторных показателей и уровни MCP-1 и РАI-1 в плазме крови больных диабетической нефропатией (ДН).

Материалы и методы. Было обследовано 76 больных ДН в возрасте от 46 до 78 лет. В зависимости от назначенного лечения больные ДН были распределены на 2 группы: 1 группа – базовая терапия ингибиторами АПФ, сахароснижающими препаратами и статинами (n=39); 2 группа – базовая терапия в комбинации с антагонистом альдостерона эплереноном в дозе 25мг на сутки в течение 6 месяцев (n=37). Концентрации MCP-1 и РАI-1 в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. Установлено, что при ДН существенно растут уровни MCP-1 и РАI-1 в плазме крови в сравнении с контролем как на начальных, так и клинически выраженных стадиях заболевания.

Применение базовой терапии привело к небольшому, но достоверному снижению уровней MCP-1 и РАI-1 в сравнении с исходными значениями в плазме крови больных на 12,3% и 17,4%, соответственно. Назначение комплексного лечения с применением эплеренона приводило к более существенному снижению показателей на 34,5% и 26,9%, соответственно. Оценка нефропротекторных свойств препарата показала достоверно высшую эффективность комбинированной терапии относительно функционального состояния почек – снижение альбуминурии, (p <0,05).

Выводы. Таким образом, нефропротекторные свойства ингибиторов АПФ не вызывают сомнения, но их комбинация с эплереноном позволяет повысить эффективность терапии ДН путем более полной блокады РААС и корригирующим влиянием на процессы воспаления и фиброза.

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО
ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ**
Топчий И. И., Якименко Ю. С., Семеновых П. С., Гальчинская В. Ю.,
Самохина Л. М.

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

В последнее время активно изучают особенности продукции фактора роста фибробластов 23 (FGF23) и его роль в нарушениях минерального обмена и развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных диабетической нефропатией (ДН).

Цель работы – изучить влияние базовой терапии и терапии с дополнительным использованием никотиновой кислоты на концентрацию FGF23, кальция и фосфора в сыворотке крови больных ДН.

Материалы и методы. Было обследовано 82 больных с ДН в возрасте от 48 до 76 лет в динамике лечения. Больных с гиперфосфатемией разделили на две группы: 1 группа получала базовую патогенетическую терапию, включающую ингибиторы АПФ, сахароснижающие препараты и статины (n-39); 2 группа дополнительно получала никотиновую кислоту 1 мл 1% раствор внутримышечно 1 раз в сутки 10 дней с дальнейшим приёмом перорально 100мг 3 раза в сутки 3 месяца (n-43).

Концентрацию кальция и фосфора в сыворотке крови определяли биохимическим методом, FGF23 - иммуноферментным методом.

Результаты исследования. Концентрация FGF23 в сыворотке крови достоверно повышалась уже на ранних стадиях ДН, $p < 0,05$. Прогрессирование ДН сопровождалось более существенным повышением концентрации FGF23, $p < 0,01$. Изменения минерального обмена у больных с ДН были выявлены только на поздних стадиях заболевания, в виде гиперфосфатемии.

Проведение базовой терапии приводило к снижению концентрации FGF23 во всех исследуемых группах, существенного влияния на содержание фосфора в крови больных выявлено не было. Дополнительное назначение никотиновой кислоты достоверно снижало концентрацию фосфора на 30 % ($p < 0,05$), более существенного снижения концентрации FGF23 в сыворотке крови больных 2 группы по сравнению с базовой терапией не выявлено.

Выводы. Таким образом, анализ полученных данных говорит о непосредственном влиянии патогенетической терапии на концентрацию FGF23 и гиперфосфатемии и про целесообразность дополнительного назначения никотиновой кислоты для усовершенствования кардионепропротекторной стратегии лечения больных ДН.

МАКРОМІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА *VERRUCA VULGARIS* У ПАЦІЄНТІВ З ДЕТЕКТОВАНИМ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ

Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України
Київський медичний університет*

Verruca vulgaris або вульгарна бородавка – одне із найчастіших уражень шкіри дітей, підлітків та дорослих з позначеними нейроендокринними розладами. Тривалий час вважалося, що це захворювання пов'язане саме із тими підтипами вірусу папіломи людини, які жодним чином не впливають на виникнення та розвиток злоякісних новоутворень. Проте, з часом вдалось довести той факт, що 16 підтип вірусу папіломи людини є надто агресивним до шкіри (насамперед епітелію) та асоційований із розвитком епідермального раку. З огляду на останнє було започатковане представлене дослідження. У роботі вивчали макромікроскопічні особливості *Verruca vulgaris* у пацієнтів зі встановленою герпесвірусною інфекцією (16 підтип збудника) та епідермальним раком шкіри. До об'єму вибірки вносили поточні патоморфологічні та ретроспективні дані від респондентів обоє статі віком від 4 до 68 років. З метою об'єктивізації запланованого дослідження проводили комплексний аналіз анамнестичних, клінічних, серологічних/вірусологічних даних та мікроскопії біологічного матеріалу секцій. За для серологічної діагностики та вірусологічних проб застосовували ІФА, а також типові тест-системи (для визначення рівня антигену вірусу). Мікроскопічні дослідження здійснювали традиційно. Шматочки біоматеріалу піддавали фіксації у 12% формаліні на фосфатному буфері (рН= 7,0-7,2), постфіксували, зневоднювали у батареї спиртів зростаючої концентрації, заливали у смоли (парафін/ целоїдин). Із отриманих блоків виготовляли зрізи. Аналіз препаратів здійснювали у люмінесцентному та світлооптичному мікроскопі ЛОМО, Росія, мікроскопах (x 200; x 400; x 1350). Встановлено, що найчастішою локалізація бородавок виявлялась на дорсальних поверхнях кистей, долонях, кінчиках пальців як верхніх, так і нижніх кінцівок. Їхня поверхня груба, нерівна, сірого, рудуватого, коричневого кольорів. Для всіх досліджених форм характерною була виразна гіперплазія епітелію, гіперкератоз, папіломатоз. Зернистий шар епідермісу значним чином збільшений. Його топографічна межа сягала від декількох міліметрів майже до сантиметру. Кожен шар чітко контрастований, з ознаками гіперхроматозу візуалізованого простору тканини. У разі застосування максимального збільшення у цитоплазмі епідермальних клітин чітко визначались великі базофільні гранули кератогіаліна, поширений койолоцитоз (характерні ознаки вірусного ушкодження). За умов люмінесцентної мікроскопії у ядрах епідермоцитів відмічалась наявність вірусу у вигляді мілких за розмірами часточок.

СВИНЦЕВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ. ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОДНОГО ІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
Київський медичний університет*

Відомо, що свинцева енцефалопатія являється однією із найбільш частих форм інтоксикацій важким металами. Розвиток хвороби носить поступовий латентний характер, дебютує розладами інтелектуальної та емоційної сфери осіб. До згаданого згодом приєднуються порушення вольових навичок, соціопатичні напади, розлади психічного статусу людини, що не спостерігались за нею напередодні хвороби. На передній план виступають висока збудливість, дратівливість, різке зниження пам'яті. Власне, самі пацієнти скаржаться на відсутність можливості сконцентрувати увагу на важливих, подекуди актуальних для них речах. За цим розвиваються ейфорія, органні порушення (головний біль, тремор кінцівок, запаморочення). З огляду на це, первинна діагностика захворювання видається дещо утрудненою (без урахування інформативних даних, що стосуються професійного та епіданамнезу, згідно до кожного випадку). З метою проведення ретельного диференційного аналізу секційного біологічного матеріалу, взятого від пацієнта, що працював у зоні підвищеної концентрації свинцю, досліджували гістологічні зміни у тканинах головного мозку. У відповідності до *curriculum vitae*, протягом тривалого часу (11 років з урахуванням пеніцетарного періоду працевлаштування) трудився на закритому підприємстві з промисловою переробкою свинцю. Попередні 3-4 роки спостерігав появу сильного головного болю, тремору, зниження зору, емоційних розладів, що посилювались на тлі прийому алкогольних напоїв та не блокувались сильнодіючими препаратами – анальгетиками. Останнім часом звернув увагу на розвиток судом, парестезій верхньої кінцівки, різке зниження зору, мовні порушення. З метою обстеження приїздив до родичів. Серед комплексних методів обстеження: спектрографія крові (встановлення концентрації свинцю), визначення металу у сечі, копропробах, - у відповідності до чого було прийняте рішення щодо профільної госпіталізації. Після прийому алкоголю на дачній ділянці відбулась зупинка серця. На гістологічних препаратах (залізниий гематоксилін, гематоксилін та еозин, за Ван-Гізоном) вогнищеві ураження тканини головного мозку з проявами незначного набряку та локальних мілких крововиливів у білу речовину, периваскулярні інфільтрати. Цитопlasма астроцитів помітно збільшена у об'ємі, ядра змінені за гідро пічним типом, ядерця позначені, у цитоплазмі зосереджені великі вакуолі, що подекуди перетинають її більшу частину. Клітини Альцгеймера другого типу, периваскулярні некрози відсутні, анулярних крововиливів не виявлено.

СУЧАСНІ ГЕПАТАРГІЇ ПАТОГЕНЕЗ ТА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ

Торяник І. І.

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

Антологічно гепатаргіями називають тяжку форму недостатності печінки, що розвивається, як правило, на тлі її масивних некрозів у разі гострого злоякісного епідемічного гепатиту, в тому числі, фульмінантної форми хвороби. Іншими етіологічним факторами гепатаргій вважаються тяжкі отруєння печінковими ядами, тромбози воротної вени, емболії фінальні стадії цирозу, злоякісних новоутворень. Патогенез захворювання зводиться до отруєнню організму не знешкодженими кишковими токсинами (особливо аміаком), клітинним детритом, продуктами розпаду та ресинтезу білків. Погіршує ситуацію знижений рівень цукру, окремих ферментів, зокрема, фібриногену та протромбіну. У клінічній картині заявленої хвороби на перший план виходить неврологічна симптоматика, що позначається бурхливим розвитком психічного збудження, яке згодом змінюється ступоро - сопорозним станом та комою у фіналі. На початкових стадіях хворі відмовляються від їжі, до якої виникає стійка огида та навіть нудота з подальшою блювотою «лише від самого вигляду останньої». Згодом стає відчутним специфічний печінковий запах із рота «foetor hepaticus», пов'язаний із виділенням метилпіридину. Патологічний процес довершує розвиток крововиливів (носові, із ясен), підшкірні, маточні. У хворих розвивається раптова жовтяниця, що супроводжується зниженням температури нижче нормальних параметрів. Визначається посилення сухожилкових рефлексів із клонусом стопи появою пірамідних знаків, тремором кінцівок. У хворих з'являються розлади мови, галюцинації, амнезія. Мікроскопічно у тканинах печінки спостерігаються розповсюджені ділянки некрозу паренхіми, якому підпорядковується переважний об'єм тканин кожної із часток органу. Гепатоцити втрачають ядра, дискмплесована цитоплазма стає зернистою, вакуолізованою, долучає чисельні краплі жовчних пігментів, ліпідів. Ділянки печінки з ознаками некрозу піддаються лізису без подальшої регенерацію печінкової тканини. Капілярна система розширена, структурно оголена. Макроскопічно орган дещо зменшений у розмірах (ліва частка найбільш), зі зморшкуватою, плюскою поверхнею, гострими краями. На зрізі печінка жовтого кольору (жовч, жовчні пігменти), надалі набуває зеленого забарвлення (окислення білірубіну з перетворенням у білівердін), з часом воно змінюється на темно-червоне (розширення кровоносних судин). У стромі органу спостерігають локальні лімфогістіоцитарні інфільтрати, що доповнюється згодом альтеративною реакцією. На перший план виходять факти розвитку зернистої, балонної та жирової дистрофії. Останнє сприяє дискмплексації печінкових балок з перерозподілом гепатоцитів.

КОМОРБИДНОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ

Фадеев Г. Д., Несен А. А., Крахмалова Е. О., Измайлова Е. В.

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

Коморбидность ГЭРБ и ИБС является взаимоотношающим патологическим состоянием, негативно влияющим на показатели качества жизни больного.

Цель: разработка неинвазивного способа диагностики эндоскопической формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) путем проведения анкетирования для определения тяжести ГЭРБ, инсомнии и тревожно-депрессивных расстройств, определения ряда клинико-anamnestических показателей и измерения уровня метаболита мелатонина (6-СОМ).

Материалы и методы. В процессе исследования применялись клинико-инструментальные, лабораторно-биохимические, статистические методы. Обследовано 94 пациента с изолированной ГЭРБ и ГЭРБ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС). Пациенты были распределены на две группы: в первую вошли 65 пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС, во вторую – 29 пациентов с изолированной ГЭРБ. Среди обследованных первой группы: 54 мужчины (83 %) и 11 женщин (17 %); средний возраст – $(61,57 \pm 11,37)$ лет. Во вторую группу вошли: 17 мужчин (59%) и 12 женщин (41%); средний возраст – $(59,52 \pm 11,18)$ лет.

Результаты. Инсомнические расстройства выявлены у 61,54 % пациентов с коморбидностью ГЭРБ и ИБС и зависят от возраста, стажа ИБС, индекса массы тела (ИМТ) и тяжести ГЭРБ. У 73,84 % больных с коморбидной патологией диагностирован синдром обструктивного апноэ/гипопноэ (СОАГС), тяжесть которого зависит от возраста, ИМТ, выраженности клинических, эндоскопических проявлений ГЭРБ и давности ИБС. При коморбидности ГЭРБ и ИБС наблюдаются значимые нарушения доплерографических показателей кровотока в области нижнего пищеводного сфинктера: снижение скоростных показателей и повышение индексов резистентности артерий.

Выводы. Коморбидность ГЭРБ и ИБС характеризуется значимым снижением уровня мелатонина, что негативно влияет на тяжесть морфологических проявлений ГЭРБ. Установлена связь между уровнем 6-СОМ и формой ГЭРБ (неэрозивной или эрозивной) и эндоскопической стадией эрозивной ГЭРБ. Разработанный неинвазивный способ диагностики эндоскопической формы ГЭРБ обладает высокой диагностической значимостью и может быть использован в качестве альтернативы инвазивному эндоскопическому методу для оценки и мониторинга тяжести при коморбидности ГЭРБ и ИБС.

МІШЕНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ ДЛЯ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Федченко В. Ю., Панько Т. В., Каленська Г. Ю., Семікіна О. Є.

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

Дослідження щодо якості життя пацієнтів з депресивними розладами доводять, що поряд з терапією антидепресантами вони потребують також додаткового психотерапевтичного втручання для досягнення повної ремісії.

Мета: Дослідити сприйняття пацієнтів з рекурентними депресивними розладами власної хвороби та, як наслідок, особистісної змінності з метою розробки диференційованої комплексної системи психотерапії.

Матеріали і методи: Методи дослідження – клініко-психопатологічний, психометричний (Шкала депресій центру епідеміологічних досліджень (CES-D)), методи математичної статистики. Об'єкт дослідження – 44 хворих на рекурентні депресивні розлади, що склали основну групу, та 35 осіб без психічних порушень, що увійшли до групи порівняння.

Результати: Визначена специфіка суб'єктивного сприйняття хворими на рекурентні депресивні розлади власного захворювання та, як наслідок, особистісної змінності (відповідно до встановлених кореляційних зв'язків за шкалою CES-D). У хворих цієї категорії відчуття зниженої самооцінки у власному усвідомленні супроводжується впевненістю щодо негативної оцінки з боку оточуючих ($r = 0,598$); відсутність задоволеності від життя – переконанням в тому, що воно склалося невдало та небажанням щось змінювати ($r = 0,548$ і $r = 0,554$ відповідно); відчуття надмірних зусиль в подоланні хвороби – песимістичною оцінкою майбутнього ($r = 0,504$), що призводить до суб'єктивної переоцінки важкості свого стану, сприяє поступовому формуванню депресивного стилю поведінки та є мішенню для психотерапевтичного впливу. Розроблена диференційована комплексна система терапії, провідним методом якої визначена когнітивно-поведінкова терапія (КБТ) (за А. Беком, 2003). Техніки КБТ дозволили виробити більш адекватне ставлення до захворювання, актуалізувати конструктивні копінг-стратегії, спрямовані на подолання пасивної позиції спостерігача, зрозуміти перспективність майбутнього, підвищити самоповагу, відновити мотиваційний потенціал.

Висновок: впровадження диференційованої комплексної системи психотерапії рекурентних депресивних розладів у практичну діяльність дозволяє суттєво поліпшити якості життя цієї категорії хворих, сприятиме профілактиці рецидивів та запобіганню хронізації захворювання, попередженню суїцидальної поведінки.

КОРЕКЦІЯ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОДУКТІВ, ЩО МІСТЯТЬ СЕЛЕН, - ЗАПОРУКА ЗДОРОВОЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Фейса С. В., Чопей І. В., Рудакова С. О.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна
Кафедра терапії та сімейної медицини*

Вступ. У виникненні захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) важливе місце посідає дефіцит йоду, що завжди комбінується із недостатністю селену. Будучи потужним антиоксидантом, селен перешкоджає розвитку супутньої патології, пов'язаної із активацією перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). Тому важливою умовою раціонального харчування є введення до щоденного раціону продуктів, що містять селен.

Матеріали та методи. У інтернет-джерелах Google Scholar, Medscape CRO, Clinical Trial Services, PubMed - NCBI здійснено інформаційний пошук щодо харчових продуктів, що містять селен.

Результати. Згідно з рекомендаціями American Thyroid Association щодо лікування гіпотиреозу (2016 р.), харчування пацієнтів, окрім йоду, повинне містити 100-200 мкг селену щоденно (мінімально 55 мкг).

У світовому рейтингу найбагатших селеном продуктів харчування лідерами є: бразильський горіх (1917 мкг селену в 100 г, що складає 2739% добової потреби (ДП)), мідії (154 мкг в 100 г, 220% ДП) та тунець (108 мкг селену в 100 г, 155% ДП). Селен міститься і в продуктах наших широт. Так, наприклад, 100 г хліба з цільного зерна містить 40,3 мкг (58% ДП), а 100 г соняшникового насіння – 79,3 мкг (113% ДП) селену. Багатими селеном є і окремі сорти м'яса. Наприклад, 100 г готової вирізки із свинини містить близько 52 мкг (74% ДП), 100 г яловичого нежирного стейку – 45 мкг (64% ДП), а 100 г домашніх курки та індички – близько 38 мкг (54% ДП) селену. Печериці та цільне зерно жита – теж серед лідерів селено-вмісних продуктів, оскільки містять 26 мкг (37% ДП) та 14% (20% ДП) селену в 100 г. В дещо меншій кількості селен міститься у квасолі, горохові та майже всіх видах горіхів, часникові й пивних дріжджах. Вміст селену в продуктах харчування залежить від його вмісту в ґрунті, на якому вирощені ці продукти. Інтенсивне сільське господарство із використанням гербіцидів та пестицидів, ерозії ґрунтів та забруднення важкими металами несприятливо впливають не лише на родючість ґрунтів, а й роблять свій негативний внесок у їх збіднення селеном. Нестача селену в раціоні веде до порушення синтезу тироксину (гіпотиреозу), послаблення імунного захисту організму, чоловічого безпліддя та порушення функцій печінки. Проте його надлишок – теж проблема, про що може свідчити неприємний запах часника з рота.

Висновок. З метою профілактики патології щитоподібної залози й хвороб печінки доцільно стежити за достатнім споживанням селено-вмісних продуктів харчування, а при потребі – додатково приймати селен у вигляді додаткового компоненту щоденного харчового раціону.

ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Філіпюк А. Л., Радченко О. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

У патогенезі хронічної серцевої недостатності (СН) важливу роль відіграє синдром ендогенної інтоксикації (СЕІ), що оцінюється за індексами: лейкоцитарний інтоксикації (ЛІІ); зсуву лейкоцитів (ІЗЛ); гематологічний показник інтоксикації (ГПІ); співвідношення нейтрофілів та моноцитів (ІСНМ); ядерний інтоксикації (ЯІІ). З метою оцінки СЕІ **обстежено** 121 чоловік віком 36-78 років (медіана 59 рр.) з СН І-ІІІ ФК внаслідок ІХС, в яких додатково до стандарту визначали ЛІІ (норма 0,3-1.); ГПІ (0,53-0,71); ЯІІ (0,05-0,08); ІЗЛ (1,5-2,5); ІСНМ (9,5-11,5), розчинні фібрин-мономерні комплекси (РФМК). Дані опрацьовані статистично, подані як медіана, кореляції – за критерієм Кендалла.

Встановлено, що серед хворих з СН надмірне значення ЛІІ було діагностовано у 13%, а у 14% ЛІІ знижувався $<0,3$, що може свідчити про декомпенсацію систем кровотворення та дезінтоксикації. Високий ІСНМ діагностовано у 49%, ІЗЛ у 29%, ЯІІ у 82%, ГПІ у 40%. У частини пацієнтів було виявлено зниження показників СЕІ: ІСНМ у 32%, ІЗЛ у 24%, ГПІ – у 34%. Показники ЛІІ, ГПІ та ІЗЛ підвищувалися з наростанням ФК СН. Встановлені істотні кореляції між ФК СН та ЛІІ ($\tau=0,17$; $p=0,005$), ГПІ ($\tau=0,17$; $p=0,006$), ІЗЛ ($\tau=0,21$; $p=0,0006$). Також було виявлено істотно вищі гематологічні індекси інтоксикації у хворих з ІІІ ФК СН у порівнянні з І ФК (ЛІІ, ГПІ, ІЗЛ). Високі ЛІІ, ІЗЛ, ГПІ, ІСНМ асоціювалися з систолічною дисфункцією та розширенням лівого шлуночка. У хворих на СН з ознаками гіперкоагуляції (РФМК >4 мг/дл) виявлено істотно вищі показники ЛІІ, ІЗЛ, ГПІ, ІСНМ та нижчі значення ЯІІ. Встановлені кореляції між фракцією викиду (ФВ) та ЛІІ ($\tau=-0,14$; $p=0,02$), ГПІ ($\tau=-0,12$; $p=0,046$), ІСНМ ($\tau=-0,15$; $p=0,02$); кінцево-діастолічним розміром лівого шлуночка (КДР) та ІСНМ ($\tau=0,14$; $p=0,02$), ІЗЛ ($\tau=0,15$; $p=0,01$), ЛІІ ($\tau=0,11$; $p=0,08$), ГПІ ($\tau=0,11$; $p=0,08$). Обернені кореляції знайдені між ЯІІ та ФК СН ($\tau=-0,16$; $p=0,007$); ФВ лівого шлуночка ($\tau=0,18$; $p=0,003$); КДР ($\tau=-0,17$; $p=0,006$). Встановлені істотні кореляції між білірубіном та ІЗЛ ($\tau=0,27$, $p=0,0005$), ІСНМ ($\tau=0,19$, $p=0,01$); холестерином та ІЗЛ ($\tau=-0,12$, $p=0,04$), ЯІІ ($\tau=0,13$, $p=0,04$); креатинієм та ЯІІ ($\tau=-0,15$, $p=0,04$).

Висновок. Зростання інтегральних показників СЕІ (ЛІІ, ГПІ, ІЗЛ) у пацієнтів з хронічною СН асоціюється із зростанням ФК СН, систолічною дисфункцією, розширенням лівого шлуночка, гіперкоагуляцією та печінковою дисфункцією. Визначення інтегральних індексів СЕІ у пацієнтів з СН підвищує діагностичне значення параметрів загального аналізу крові, дає змогу оцінити вираженість інтоксикації та запалення, стан пацієнта у цілому.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНІВ Р-СЕЛЕКТИНУ ТА ГАЛЕКТИНУ-3 З ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ІХС

Хвисьюк М. О., Більченко О. В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: оцінити вплив рівня артеріального тиску та інших показників гемодинаміки та структурно-функціонального стану серця на рівні Р-селектину та Галектину-3 у хворих на ішемічну хворобу серця.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 119 хворих, з них 51 жінка і 68 чоловіків у віці від 38 до 89 років (середній вік $63,9 \pm 11,7$ років). Діагноз ішемічної хвороби серця встановлювався згідно Рекомендацій Європейського Товариства Кардіологів з лікування стенокардії (2013 рік). Включеним у дослідження хворим проводилося крім стандартних методів дослідження визначення рівнів нових біомаркерів запалення Р-селектину, Галектіна-3 і референтного маркера системного запалення - високочутливого СРБ (hs-СРБ).

Результати: рівні біомаркерів запалення Р-селектину та Галектину-3 не відрізнялися в групах хворих без артеріальної гіпертензії ($89,5 \pm 32,3$ нг/мл та $11,93 \pm 3,54$ нг/мл відповідно) і з АГ 1 ($89,28 \pm 25,8$ нг/мл та $12,0 \pm 3,97$ нг/мл відповідно, $p > 0,05$) і 2 ступеня ($90,19 \pm 40,3$ нг/мл та $13,41 \pm 4,2$ нг/мл відповідно, $p > 0,05$). Відзначена лише тенденція до збільшення рівня Галектіна-3 у хворих з підвищенням артеріального тиску. Відсутність взаємозв'язків між біомаркерами запалення і АГ у хворих на ішемічну хворобу серця підтверджується також низьким рівнем кореляції з відсутністю достовірності. Тільки рівень в плазмі hs-СРБ достовірно корелював з діастолічним АТ у хворих $r = -0,263$, $p = 0,029$. При порівнянні рівнів біомаркерів запалення у хворих на ІХС з гіпертрофією та без гіпертрофії міокарду лівого шлуночка було виявлено достовірне збільшення рівня Галектину-3 у хворих ІХС з гіпертрофією лівого шлуночка ($15,3 \pm 3,51$ та $11,81 \pm 4,76$ нг/мл відповідно, $p < 0,05$). Залежність рівня Галектину-3 від наявності у хворих на ІХС гіпертрофії міокарду лівого шлуночка підтверджується також достовірною кореляцією між рівнем Галектину-3 в плазмі та індексом маси міокарду лівого шлуночка $r = 0,351$, $p = 0,009$. На відміну від Галектину-3, рівень Р-селектину не відрізнявся достовірно у хворих на ІХС з гіпертрофією та без гіпертрофії міокарду лівого шлуночка ($87,5 \pm 18,3$ нг/мл та $91,2 \pm 21,7$ нг/мл відповідно, $p > 0,05$). При кореляційному аналізі виявлена слабка недостовірна кореляція між рівнем Р-селектину та індексом маси міокарду лівого шлуночка у хворих на ІХС. Також у хворих з гіпертрофією лівого шлуночка виявлено збільшення рівня високочутливого СРБ.

Висновок: таким чином, у хворих на ішемічну хворобу серця рівні нових біомаркерів запалення не відрізнялись в групах в залежності від наявності та тсуліня аретріальної гіпертензії. В той же час, при наявності гіпертрофії міокарду лівого шлуночка достовірно збільшувався рівень Галектину-3, що може бути пов'язано з більшим рівнем фіброзу в міокарді, який спостерігається у хворих з гіпертрофією лівого шлуночка.

КАЛЬЦИФІКАЦІЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПРОФІЛАКТИКИ

Хомазюк В. А.

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

Кальцифікація клапанів серця (ККС) є незалежним предиктором серцево-судинної смертності та зустрічається з високою частотою у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ).

Мета. Визначити особливості ККС та їх зв'язок із ремоделюванням лівого шлуночка у хворих з АГ різного генезу, оцінити можливості зменшення кардіоваскулярного ризику.

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 116 хворих з есенціальною АГ (група 1) та 113 хворих з вторинною АГ на тлі хронічної хвороби нирок (ХХН) III-V стадії (група 2). В основних групах були виділені підгрупи з ККС (1а, 2а) та без неї (1б, 2б). Кальцифікацію клапанів серця, структуру і функцію лівого шлуночка (ЛШ) оцінювали за допомогою трансторакальної ехокардіографії. У всіх обстежених була АГ II-III ступеня і гіпертрофія ЛШ, індекс маси міокарда ЛШ >116 г/м².

Результати. Кальцифікацію і склероз мітрального кільця, аорти і аортального клапана виявлено у 24,1% і 31,8% хворих 1 і 2 груп відповідно. У хворих на ХХН склеротичні ураження і ККС спостерігались частіше і у більш ранньому віці, із різницею в середньому більше 5 років. Пропалс або не змикання стулок мітрального клапана у систолу діагностовано у всіх хворих з ККС і тільки у 58,2% хворих без ознак ККС. Ознаки мітральної регургітації виявлено у 60,7% обстежених, в тому числі у всіх хворих з ККС. Розмір лівого передсердя у них був достовірно більше і досягав в середньому ($48,3 \pm 0,9$) мм у підгрупі 2а. Індекс маси міокарда ЛШ в підгрупах 1а і 2а складав в середньому ($177,3 \pm 10,5$) г/м² і ($179,6 \pm 11,4$) г/м² відповідно і був більшим, ніж у підгрупах порівняння ($p < 0,05$). Встановлено достовірну кореляцію між наявністю ККС і збільшенням індексу маси міокарда ЛШ. Серед типів геометрії ЛШ в обох групах переважала концентрична гіпертрофія, відносна товщина стінок ЛШ перевищувала 0,45 ум. од. у 78,6% хворих. Клінічні прояви ішемічної хвороби серця зустрічались у всіх обстежених з ККС, однак дилатація і систолічна дисфункція ЛШ в цих підгрупах спостерігались з такою ж частотою, як у решти обстежених.

Висновок. Кальцифікація клапанів серця у хворих з АГ асоціювалась зі збільшенням індексу маси міокарда ЛШ, концентричною гіпертрофією ЛШ, мітральною регургітацією, наявністю ХХН. Виявлені особливості ККС можуть свідчити про наявність кальцифікації та атеросклерозу іншої локалізації, дозволяють оптимізувати оцінку кардіоваскулярного ризику і розширюють перспективи профілактики атеросклеротичних уражень у хворих з АГ.

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ГЕТЕРОВМІСТНИХ ЗРАЗКІВ ПОКРИТТІВ ІМПЛАНТІВ

Христян Г. Є., Казмірчук В. В., Торяник І. І., Іваннік В. Ю.,
Макаренко В. Д., Юдін І. П., Казмірчук В. В.

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

Однією із найважливіших характеристик розробки нових покриттів імплантів із протимікробними компонентами є швидкість формування резистентності до мікроорганізмів, що відіграє провідне клінічне значення в етіології періімплантних захворювань. З огляду на вищезазначене, вивчали швидкість формування резистентності у клінічних штамів *E. coli* та *S. aureus* до дії зразків розроблених нанокompозитних покриттів з протимікробними та остеоінтегруючими властивостями (хітозан, декаметоксин та колаген). Сенсом дослідження було доведення наявності відносно вищої рейтингової протимікробної та антиадгезивної активності розробок. Дослідження швидкості формування резистентності до матеріалу покриттів проводили шляхом 30 послідовних пасажів вказаних тест-штамів на живильних середовищах, що містили зростаючі суббактеріостатичні концентрації відповідних зразків. Аналіз результатів свідчив про повільне формування резистентності у клінічних ізолятів *E. coli* та *S. aureus* до зразків покриттів із складом 0,025 г/л декаметоксину та хітозану (0,050 і 0,100 г/л відповідно). При цьому, незначне зростання резистентності у тест-штамів спостерігалось після 5 пасажу із збільшенням близько 4 раз мінімальної інгібуючої концентрації (МІК) порівняно із його вихідним значенням. Закономірність поступового зростання резистентності як у штаму *E. coli* КЛПЗ-22, так і у *S. aureus* КЛПЗ-3 спостерігалась до 25 пасажу з подальшим більш різким підйомом. Загальний рівень набутої резистентності цих мікроорганізмів на 30 пасажі характеризувався кратністю збільшення вихідної МІК у 28 і 32 рази, відповідно. У разі дослідження впливу декаметоксину (0,025 г/л) та колагену (0,300 г/л) резистентність у обох тест-штамів ешеріхій та стафілококів зростала порівняно швидше ($p < 0,05$). Так, уже на 5 пасажі зафіксовано зростання вихідної МІК у 10-12 разів, а до 20 пасажу – у 26-32 рази. Динаміка формування резистентності характеризувалась на 30 пасажі кінцевим рівнем зростання вихідної МІК у 38 і 40 разів для клінічних ізолятів *E. coli* КЛПЗ-22 та *S. aureus* КЛПЗ-3, відповідно. Вивчення феномену формування резистентності у мікроорганізмів до зразків покриттів, які містили антисептик декаметоксин, підтвердили гіпотези щодо уповільнення зазначеної реакції за умов суббактеріостатичних концентрацій. Зазначені висновки залишались актуальними також для декаметоксин вміст них препаратів чи активних речовин.

ІНТЕНСИВНІСТЬ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Хухліна О. С., Антонів А. А., Кузьмінська О. Б., Коцюбійчук З. Я.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”,
м. Чернівці*

Мета роботи – з’ясування патогенетичну ролі системи антиоксидантного захисту у розвитку та механізмах взаємообтяження неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), ожиріння залежно від форми та стадії хронічної хвороби нирок (ХХН).

Матеріал та методи дослідження: Для реалізації цієї мети обстежено 177 хворих, у тому числі: 35 хворих на НАСГ із супровідним ожирінням I-II ступеня (1-ша група), 36 хворих на НАСГ із супровідним ожирінням I-II ступеня та ХХН I-II стадії: Хронічним двобічним піелонефритом у фазі загострення (2А група), 35 хворих на НАСГ на тлі ожиріння I-II ст. із ХХН III ст.: Хронічним двобічним піелонефритом, загострення (2В група), 37 хворих на НАСГ із ожирінням I-II ст. та подагричною нефропатією (3 група), 34 хворих на НАСГ, що розвинувся на тлі ожиріння I-II ст. із БГУ (4 група). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО). Стан системи антиоксидантного захистувивчали за вмістом в Ер глутатіону відновленого (ГВ), активністю глутатіонпероксидази (ГП), глутатіон-S-трансферази (ГТ), каталази, супероксиддисмутази (СОД), церулоплазміну (ЦП). Інтенсивність процесів вільнорадикального окислення ліпідів (ВРОЛ) вивчали за вмістом в крові малонового альдегіду (МА), ізольованих подвійних зв’язків (ПЗ), дієнових кон’югатів (ДК), кетодієнів та спряжених трієнів (КСТ). Інтенсивність ОМБ визначали за вмістом в крові альдегід- і кетондинітрофенілгідразонів нейтрального (АКДНФГ НХ) та основного характеру (АКДНФГ ОХ).

Результати дослідження. За коморбідності НАСГ із ХХН I-III ст. у формі хронічного піелонефриту зростає інтенсивність оксидативного стресу: накопичення проміжних (ПЗ, ДК) та кінцевих (МА, кетодієнів та КСТ) продуктів ВРОЛ, окиснювальної модифікації білків (АКДНФГ НХ, АКДНФГ ОХ) на тлі дезінтеграції активності чинників протирадикального захисту (зниження вмісту в еритроцитах ГВ, активності СОД, компенсаторне зростання активності каталази, глутатіонзалежних ферментів).

Висновки. Дослідження показало, що неконтрольована інтенсифікація процесів ВРОЛ та білків у хворих на неалкогольний стеатогепатит, що розвинувся на тлі ожиріння, зумовлює ступінь активності патологічного процесу у печінці та ступінь ендотоксикозу. За коморбідності неалкогольного стеатогепатиту із подагричною нефропатією та за умов безсимптомної гіперурикемії ступінь оксидативного стресу істотно нижчий внаслідок потужних антиоксидантних властивостей сечової кислоти, однак ступінь ендотоксикозу переважає такий при стеатогепатиті без ураження нирок.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК I-II СТАДІЇ

Хухліна О. С., Антонів А. А., Кузьмінська О. Б., Коцюбійчук З. Я.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”,
м. Чернівці*

Мета роботи – з’ясувати клінічні особливості перебігу неалкогольного стеатогепатиту та хронічної хвороби нирок I-III стадій шляхом вивчення частоти та інтенсивності провідних клінічних та біохімічних синдромів неалкогольного стеатогепатиту.

Матеріал та методи дослідження: Обстежено 105 хворих на неалкогольний стеатогепатит: з яких 52 хворих на НАСГ із ожирінням I ступеня (1 група), 53 хворих на НАСГ із коморбідним ожирінням I ступеня та хронічну хворобу нирок I-III стадії (2 група). Для визначення залежності перебігу неалкогольного стеатогепатиту від наявності хронічної хвороби нирок групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння. Середній вік пацієнтів склав $(45,8 \pm 3,81)$ років, чоловіків було 48, жінок 57 осіб. Функціональний стан печінки та нирок визначали за загальноприйнятим переліком активності ферментів, маркерів пігментного та азотистого обміну, ліпідограми, іонограми, протеїнограми, обчислення коефіцієнту де Рітіса, швидкості клубочкової фільтрації. Визначення структурних змін паренхіми печінки та нирок здійснювали шляхом проведення ультрасонографічного дослідження.

Результати дослідження. Дослідження показало, що клінічний перебіг неалкогольного стеатогепатиту при коморбідності з ожирінням і хронічної хвороби нирок характеризується високою частотою й інтенсивністю клінічних (астено-вегетативним, диспепсичним, гепатомегалією, спленомегалією, геморагічним, холестатичним і ендокринними розладами) і біохімічних (цитолітичний, холестатичний, мезенхімально-запальний синдром і синдром печінковоклітинної недостатності) синдромів. Коморбідний перебіг неалкогольного стеатогепатиту та хронічної хвороби нирок характеризується високим ступенем стеатозу печінки і більш високим діагностичним порогом значень гепаторенального індексу.

Висновки. Клінічний перебіг неалкогольного стеатогепатиту за коморбідності з ожирінням та ХХН характеризується вищою частотою та інтенсивністю клінічних та біохімічних синдромів. Коморбідний перебіг НАСГ із ХХН характеризується вищим ступенем стеатозу печінки (ГРІ у 1,3 рази вищий у порівнянні з групою хворих на НАСГ, $p < 0,05$), та вищим діагностичним порогом значень гепаторенального індексу, який у сильній взаємозалежності корелює зі ступенем стеатозу печінки, визначеним за Steato-test ($r=0,87$; $p < 0,001$).

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ФІБРИНОЛІЗУ ТА ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Хухліна О. С., Дудка Т. В., Дудка І. В.

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Особливістю бронхіальної астми (БА) останніх десятиріч є: формування тяжких, погано контрольованих форм, зростання розповсюдженості супутньої з БА патології, збільшення летальності. На сучасному етапі БА розглядається як мультифакторне захворювання із полігенним типом успадкування, яке виникає в результаті поєднаного впливу екзогенних і ендогенних факторів.

Мета дослідження. Вивчити особливості процесів протеолізу та колагенолізу плазми крові у хворих на БА із супровідним хронічним некаменевим холециститом (ХНХ).

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 62 хворих: 20 хворих на БА I-II ступеня важкості (1-ша гр.), 20 хворих на БА I-II ступеня важкості із коморбідним ХНХ у фазі загострення (2-га гр.), 22 хворих на ХНХ у фазі загострення (3-тя гр.). Контрольна група - 20 практично здорових осіб (ПЗО).

Результати дослідження. В усіх хворих на БА було встановлено підвищення інтенсивності лізису низькомолекулярних білків ($p < 0,05$), водночас у хворих 1-ї групи ІЛАА перевищувала показник у ПЗО в 1,4 раза, 2-ї групи – в 1,7 раза, 3-ї групи – в 1,6 раза ($p_{1-3} < 0,05$; $p < 0,05$). Максимальні показники активації системного протеолізу були зареєстровані у хворих на БА із супровідним ХНХ, мінімальні – у пацієнтів з ізольованим перебігом БА.

У хворих на БА із супутним ХНХ було встановлено більш істотне підвищення інтенсивності необмеженого протеолізу високомолекулярних білків (ІЛАК) у порівнянні з ПЗО – у 1,6 та 2,0 раза відповідно у групах 1 та 2 проти 1,8 раза у 3-й групі (ХНХ) ($p_{1-3} < 0,05$; $p < 0,05$). Інтенсивність протеолітичної деградації колагену у крові хворих на ХНХ із БА виявилася на 12,1% меншою ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів з ХНХ. Встановлено, що сумарна фібринолітична активність плазми крові у хворих усіх груп була вірогідно нижча від контрольних показників: у 1-й групі – на 19,6%, 2-й групі – на 16,7%, 3-й групі – на 11,9% ($p_{1-3} < 0,05$; $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, потужним ушкоджувальним фактором відносно епітелію бронхів та жовчного міхура є активація плазматичного протеолізу та відносно пригнічення фібринолізу за рахунок його ферментативної ланки, що поглиблює мікроциркуляторні зміни. Найбільш значних змін ці показники зазнають у осіб, хворих на БА з коморбідним ХНХ.

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ З КОМОРБІДНОЮ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Хухліна О. С., Кузьмінська О. Б., Антонів А. А., Восвідка О. С.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Мета: вивчити стан ліпідного спектру крові, ступеня інсулінорезистентності та рівня глікемії у хворих з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) на тлі ожиріння в залежності від наявності коморбідної ішемічної хвороби серця (ІХС).

Об'єкт та методи дослідження. Обстежено 86 хворих на НАСГ: з яких 32 хворих на НАСГ із ожирінням I ступеня (1 група), 54 хворих на НАСГ із коморбідним перебігом ІХС та ожирінням I ступеня (2 група). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО). Середній вік пацієнтів склав $53,6 \pm 6,24$ років, чоловіків було 39, жінок 47 осіб. Ліпідний спектр крові вивчали за вмістом у крові загальних ліпідів, загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), розрахунку індексу атерогенності (ІА) за співвідношенням вмісту загального ХС/ЛПВЩ. Стан вуглеводного обміну встановлювали за рівнем глікемії натще та через дві години після навантаження глюкозою, вмістом у крові інсуліну натще, вмістом у крові глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), ступінь інсулінорезистентності (ІР) встановлювали за величиною ІМТ та індексу НОМА-ІР.

Результати дослідження. Дослідження показало, коморбідний перебіг НАСГ та ІХС характеризується зростанням рівня ЗХ (на 34,1% та 42,7% у порівнянні з ПЗО ($p < 0,05$)), підвищення концентрації у крові ТГ (у 1,98 та 2,1 рази відповідно ($p < 0,05$)), ЛПНЩ (в 1,4 рази у 1-ій групі та 1,7 разів у 2-ій групі у порівнянні з ПЗО ($p < 0,05$)), зниженням рівня ЛПВЩ (у 1,3 рази та 1,6 разів відповідно ($p < 0,05$)) та суттєвим зростання ІА (у 1,9 разів та 2,2 рази відповідно ($p < 0,05$)). У хворих 1-ї та 2-ї груп встановлено незначне підвищення рівня натщесерцевої глікемії відповідно на 8,4% та 13,5% ($p < 0,05$) у порівнянні з ПЗО. Аналіз показників постпрандіальної глікемії у хворих 1-ї та 2-ї груп показав також зростання вмісту глюкози через 2 години після навантаження – на 15,4% та 28,1% відповідно ($p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою. На наявність порушення чутливості периферичних тканин до інсуліну в обстежених груп хворих вказує вірогідне підвищення індексу НОМА-ІР натще відповідно у 1,9 та 2,15 рази ($p < 0,05$).

Висновки. Найбільш суттєвими метаболічними передумовами розвитку НАСГ на тлі ожиріння та ІХС є гіперінсулінемія, постпрандіальна гіперглікемія, первинна тканинна ІР, ліпідний дистрес-синдром, що проявляється зростанням у крові загального ХС, ТГ, проатерогенних ЛПНЩ, дефіцитом антиатерогенних ЛПВЩ.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИЦЕРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТАКТНЫХ ОТМОРОЖЕНИЙ

Чабаненко Е. А., Ковалев Г. А.

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

Профилактика локальной холодовой травмы является актуальной проблемой современной медицины. Контактные отморожения являются разновидностью локальной холодовой травмы и отличаются от других видов отморожений развитием оледенения тканей. Глицерин давно используют в медицине и косметологии. В настоящее время местное применение лекарственных форм, компонентом которых является глицерин, является рутинной практикой. Кроме того, благодаря выраженным антифризным свойствам, глицерин широко используют в качестве криопротектора.

Цель: рассмотреть перспективы использования криопротекторных свойств глицерина для профилактики контактных отморожений.

Материалы и методы: анализ данных литературных источников.

Результаты: Основной причиной повреждения при контактных отморожениях являются физико-химические процессы, возникающие в тканях в результате их оледенения и отогрева. Гибель тканей, главным образом, связана с механическим повреждением клеток внутри- и внеклеточными кристаллами льда и развитием осмотического шока, вызванного электролитными нарушениями («эффектами раствора»). Кроме того, при низкой температуре изменяется состояние фосфолипидов в результате их перехода из жидкокристаллической формы в кристаллическую, что негативно сказывается на целостности биологических мембран.

Глицерин представляет собой многоатомный спирт, поэтому благодаря своим физико-химическим свойствам, это вещество взаимодействует с молекулами воды. Образование гидратной оболочки вокруг молекул глицерина сопровождается изменением свойств и порядка распределения молекул воды, что существенно снижает температуру кристаллообразования таких растворов. Кроме того, глицерин предотвращает фазовый переход липидов из жидкой в твердую кристаллическую структуру. Таким образом, можно предположить, что создав оптимальную концентрацию глицерина в коже, можно предотвратить гибель тканей или уменьшить объем некроза за счет снижения деструктивного влияния эффектов оледенения и отогрева при локальной холодовой травме.

Вывод: Физико-химические свойства глицерина позволяют рассматривать его в качестве перспективного вещества для профилактики контактных отморожений.

ЗНАЧЕННЯ ІРИСИНУ У РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ

Шапаренко О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: дослідити значення ірисину у розвитку і прогресуванні інсулінорезистентності у хворих на артеріальну гіпертензію й ожиріння.

Матеріали і методи: У дослідженні прийняли участь 105 хворих. 1 групу склали хворі на артеріальну гіпертензію з супутнім ожирінням (n=70), 2 групу – хворі артеріальну гіпертензію з нормальною масою тіла (n=35). Контрольна група – 25 практично здорових осіб.

Рівень ірисину та інсуліну крові натщесерце було визначено на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія), рівень глюкози глюкозооксидантним методом.

Наявність та ступінь виразності інсулінорезистентності (ІР) оцінювалася шляхом підрахунку індексу НОМА (Homeostatic model assessment) за загальноприйнятою математичною формулою: $НОМА = (G0 * I0) / 22,5$, де І0 – інсулінемія натщесерце (мкОД/мл), G0 – глікемія натщесерце (ммоль/л).

Результати: Для визначення взаємозв'язку ІР з ірисином хворі на АГ й ожиріння були розподілені на тертилі залежно від рівня індексу ІР НОМА: I тертиль – $НОМА \leq 4,25$ (n=24), II тертиль – НОМА від 4,25 до 7,78 (n=25), III тертиль – $НОМА \geq 7,78$ (n=21)

Рівень ірисину у хворих на АГ й ожиріння зменшувався відповідно до збільшення ступеня ІР. Так, у пацієнтів з рівнем ІР 4,25 вміст ірисину становив $1,96 \pm 0,06$ нг/мл, у підгрупі хворих, де індекс НОМА дорівнював від 4,25 до 7,78 рівень ірисину склав $1,28 \pm 0,04$ нг/мл, а у осіб третьої підгрупи – $0,55 \pm 0,05$ нг/мл ($p < 0,05$).

Дані кореляційного аналізу: ірисин мав сильні негативні зв'язки з індексом НОМА ($r = -0,64$; $p < 0,05$).

Висновки: отримані дані вказують на те, що ірисин, має патогенетичне значення у формуванні метаболічних порушень, що передують або пов'язані з розвитком і прогресуванням ІР у хворих на АГ й ожиріння.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІРИСИНУ У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Шапаренко О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: виявити патогенетичне значення ірисину у розвитку ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали і методи. У дослідженні прийняли участь 105 хворих. Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням ($n=70$), 2 групу – хворі артеріальну гіпертензію з нормальною масою тіла ($n=35$). Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

Учасникам дослідження було визначено рівень ірисину з використанням тест-системи фірми Human Irisin ELISA KIT (Китай) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія). Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету «Statistica 6,0» (StatSoft Inc, США).

Результати. Для визначення ролі ірисину в патогенезі розвитку ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію був проведений аналіз вмісту ірисину в крові пацієнтів з АГ у залежності від наявності ожиріння. У хворих на АГ з нормальною масою тіла рівень ірисину склав $1,91 \pm 0,06$ нг/мл, що вірогідно нижче, ніж у осіб контрольної групи ($3,10 \pm 0,08$ нг/мл) ($p < 0,001$). При цьому у хворих на АГ й ожиріння рівень ірисину становив $1,19 \pm 0,03$ нг/мл, що вірогідно нижче, ніж у осіб контрольної групи ($3,10 \pm 0,08$ нг/мл) та пацієнтів з нормальною масою тіла ($1,91 \pm 0,06$ нг/мл) ($p < 0,001$).

Висновки: ірисин, за результатами дослідження, має патогенетичне значення у розвитку ожиріння у хворих на АГ.

ДИНАМІКА АДИПОКІНОВОГО ОБМІНУ ПІД ВПЛИВОМ РІЗНИХ ТИПІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ

Шапаренко О. В., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета. Оцінити динаміку адипокінового обміну під впливом різних типів антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію й ожиріння.

Матеріали та методи. У дослідженні прийняли участь 70 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням. Дизайн дослідження складався з 4 етапів. I етап – усім хворим на АГ й ожиріння призначався раміприл у добовій дозі 5 мг. За два тижні проводився контроль артеріального тиску (АТ): 26 хворих (37,14 %) досягли цільових рівнів АТ (<130/80 мм рт. ст.). На II етапі у хворих, що не мали клінічного ефекту, дозу раміприлу збільшено до 10 мг, що призвело до досягнення цільових рівнів АТ через два тижні ще у 8 осіб (11,43 %). Із метою проведення порівняльної оцінки ефективності різних типів антигіпертензивної терапії в подальшому дизайн дослідження виглядав наступним чином: було сформовано дві підгрупи спостереження: перша група (n=20), пацієнти котрої додатково до раміприлу 10 мг отримали амлодіпін у добовій дозі 5 мг; друга група (n=16), де було призначено лерканідіпін у добовій дозі 5 мг (III етап). IV етап відбувався через три місяці, протягом якого оцінювали параметри адипокінового обміну. Рівень ірисину було визначено методом імуноферментного аналізу.

Результати. Вірогідних відмінностей щодо динаміки рівнів адипокінового обміну ні у 1, ні у 2 групах ($p > 0,05$) не виявлено. У пацієнтів 1 групи через 3 місяці лікування відбулись наступні зміни: рівень ірисину підвищився на 48,15 % ($p < 0,05$). На тлі лікування раміприлом у комбінації з лерканідіпіном відзначено підвищення рівня ірисину на 57,28 %, ($p < 0,05$). Проведений порівняльний аналіз продемонстрував, що у пацієнтів 2 групи рівень ірисину підвищився на 9,13 % у порівнянні з пацієнтами 1 групи.

Висновки. За результатами дослідження у лікуванні хворих на АГ й ожиріння, кращі показники адипокінового обміну відмічались при застосуванні раміприлу та лерканідіпіну. Позитивна динаміка показників адипокінового обміну відмічається у разі призначенню комбінації інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту й антагоністів кальцію.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА РАВИСОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шапкин В. Е.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В настоящее время гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из самых частых причин нетрудоспособности и смертности в мире. Значительная распространенность ГБ и ее осложнений говорит о необходимости поиска дополнительных лечебных средств. Одним из них может быть фитотерапия, которая традиционно используется в народной медицине на протяжении тысячелетий. Мы выбрали комплексный официальный фитопрепарат рависол, обладающий разнообразными терапевтическими эффектами, полезными для больных с ГБ: гипотензивным, ангиопротективным, мочегонным и седативным.

Цель: оценить влияние рависола на динамику артериального давления (АД) в составе комплексной терапии в контексте вторичной профилактики ГБ на амбулаторном уровне.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 83 больных с ГБ II стадии в возрасте от 45 до 84 лет, из них 36 женщин (43,4 %) и 47 мужчин (56,6 %). Всем пациентам проводилась коррекция режима жизни, питания. В состав медикаментозной терапии вошли гипотензивные препараты (бета-адреноблокатор бисопролол или антагонист кальциевых каналов амлодипин), дезагреганты (ацетилсалициловая кислота), седативные средства. С учетом проводимой терапии все обследуемые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 46 больных, получавших дополнительно рависол (внутри с небольшим количеством воды по 1 чайной ложке, за полчаса до приема пищи 3 раза в день). Вторая группа (35 пациентов) получала общепринятую терапию без рависола. Контрольная группа состояла из 20 здоровых человек. Продолжительность исследования - четыре недели.

Результаты. В процессе лечения положительная динамика АД имела место у подавляющего большинства обследованных обеих групп. При добавлении рависола в комплексную терапию отмечалась тенденция к более выраженному снижению АД (особенно диастолического). Так, диастолическое АД снизилось в среднем на 14,1 мм рт.ст. в 1-ой группе и на 12,5 мм рт.ст. - во второй. Побочные эффекты при приеме рависола не были отмечены.

Вывод: фитопрепарат рависол может использоваться в составе комплексной профилактической терапии ГБ. Уже четырехнедельный курс применения рависола оказывает позитивное влияние на динамику снижения уровня диастолического АД.

ФІЗИЧНЕ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я У ПАЦІЄНТІВ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТОНІЮ З КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ

Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.

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

Мета – оцінити якість життя (ЯЖ) у пацієнтів на артеріальну гіпертонію (АГ) з коморбідними станами, та встановити вплив на фізичне та психологічне здоров'я серцево-судинних ускладнень.

Матеріали і методи. Обстежено ($n=204$) хворих (78 (38,5%) чоловіків та 126 (61,5%) жінок) на АГ II – III стадії, в поєднанні з коморбідними станами - ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, цукровий діабет (ЦД), хронічна хвороба нирок (ХХН). 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. Обстежені хворі мали значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за всіма шкалами, що свідчить про суттєве обмеження в повсякденній діяльності. Наразі це обумовлено погіршенням як фізичного, так і психічного стану. Особливо низькими були показники за шкалами, що характеризували рольове функціонування. Загальні показники ФКЗ та ПКЗ у цих хворих були значно меншими від нормального для популяції значення - 43,35 [37,55; 49,30] ($p<0,05$) та 40,60 [33,90; 49,80] ($p<0,05$) відповідно. У пацієнтів на АГ III стадії та ЦД загальні показники були ще нижчими і склали 36,50 [32,00; 45,00] (ФКЗ) та 37,30 [29,45; 43,10] (ПКЗ) ($p<0,05$). Показники ЯЖ у хворих на АГ в поєднанні з ХХН були вірогідно гіршими у пацієнтів АГ III ст., ніж у пацієнтів з АГ II ст. Так загальні показники ФКЗ та ПКЗ в групі хворих на АГ III ст. та ХХН склали - 34,15 та 34,60 відповідно ($p<0,05$). Пацієнти, які мали серцево-судинні ускладнення (перенесений інфаркт міокарду, інсульт) достовірно частіше оцінювали своє здоров'я, як погане і відчували себе більш схильними до захворювань. Вони частіше відчували фізичний біль, який знижував здатність до повсякденної діяльності, включаючи роботу по дому. Тому вираженість больового синдрому негативно впливала на показники ЯЖ у цих пацієнтів. Зниження загального фізичного компонента ЯЖ було пов'язано з труднощами при виконанні помірних повсякденних фізичних навантажень.

Висновки. У пацієнтів на АГ з коморбідними станами реєстрували значне зниження оцінок за всіма показниками ЯЖ, а особливо, значні обмеження при виконанні повсякденної діяльності, обумовлені як фізичним, так і психологічним станами (рольове функціонування). Погіршення ЯЖ суттєво залежить від наявності серцево-судинних ускладнень та ЦД.

ВПЛИВ ПІДВИЩЕНОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ ГЛЮКОЗИ НА МЕХАНІЧНУ СТІЙКІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ ЛЮДИНИ

Шпакова Н. М., Ніпот О. Є., Шапкіна О. О., Сєміонова К. А.,
Орлова Н. В.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Мета: оцінити вплив надлишку глюкози на механічні якості еритроцити людини.

Матеріали і методи. Для моделювання гіперглікемічного стану використовували розчини, у яких вміст глюкози значно перевищує фізіологічний (5%). Еритроцити людини отримували з донорської крові. Клітини інкубували у розчинах глюкози при 37°C 120 хв., після чого відмивали шляхом м'якого осадження 7 хв. при 1500 об/хв.. (центрифуга ОПн-8). Еритроцити піддавали дії механічного стресу шляхом перемішування за допомогою магнітної мішалки при комнатній температурі (22°C). Рівень гемолізу визначали спектрофотометрично. Для визначення виходу іонів калію використовували іонометричний метод. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою програми "Statistica" (версія 6.0).

Результати. Отримані часові залежності механічного гемолізу еритроцитів людини свідчать про зростання ступеню пошкодження еритроцитів зі збільшенням часу дії стресу – для контрольних клітин рівень пошкодження через 60 хв. складає 30±4%, для еритроцитів, що були проінкубовані з глюкозою – 45±5%. Аналіз втрати еритроцитами катіонів K⁺ показав збільшення виходу катіонів при більш тривалому інкубуванні. Так для контрольних клітин спостерігається рівномірне зростання втрати іонів калію від 0 до 38±4%, для еритроцитів, оброблених глюкозою – від 22±3% до 64±8%. Характерною особливістю є наявність пошкодження після інкубації з глюкозою навіть без механічного навантаження на рівні 28±3%. Порівнюючи дані по виходу калію і відповідні гемолітичні залежності, можна відзначити, що рівень виходу катіонів калію для еритроцитів людини перевищує рівень гемолізу при однаковому рівні механічного стресу, що особливо виражено для еритроцитів, проінкубованих з глюкозою. На підставі цього можна зробити висновок про гетерогенність пошкодження еритроцитів людини в умовах дії механічного навантаження: частина еритроцитів руйнується повністю, а для іншої частини клітин характерно порушення тільки бар'єрної функції мембрани по відношенню до катіонів K⁺.

Висновок. Підвищений вміст глюкози призводить до зміни фізичних властивостей еритроцитів. Клітини стають менш стійкими до механічного навантаження, збільшується проникність їх мембрани до катіонів калію. Це може призводити до зниження здатності вільно рухатися по дрібним судинами і, як наслідок, порушенню киснево-транспортної функції.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ

Штельмах В. А., Брынза М. С., *Волков Д. Е., Мартимьянова Л. А.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,

**ГУ "ИОНХ АМНУ", Украина*

Цель исследования: Оценить клинические особенности фибрилляции (ФП) и трепетания предсердий (ТП), а также качество жизни (КЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в острый послеоперационный период после радиочастотной абляции (РЧА).

Материалы и методы исследования: На базе отделения ультразвуковой и инструментальной диагностики с малоинвазивными вмешательствами ГУ «ИОНХ АМНУ» обследовано 180 пациентов в возрасте $59 \pm 10,0$ (М \pm sd) лет (99 мужчин и 81 женщина). Пациенты были распределены на две группы: основную группу - пациенты подвергшиеся РЧА, группу контроля – пациенты, не подвергшиеся РЧА. Каждая группа была разделена на две подгруппы - пациенты с АГ и пациенты без АГ. КЖ оценивалось на основании модификации опросника SF-36.

Результаты. В исследуемых группах пациентов достоверных различий по возрасту не выявлено. При оценке выраженности симптомов в основной группе преобладал 3, в группе сравнения - 1 и 2 классы EHRA. В подгруппах с АГ и без АГ достоверно преобладали 2 и 3 классы EHRA, при этом, почти у половины пациентов подгруппы с АГ наблюдался 3 класс EHRA. Физический и психологический компоненты здоровья увеличивались в основной группе пациентов после РЧА, в наибольшей мере в подгруппе без АГ, и не изменялись в группе контроля. ХИБС достоверно чаще встречалась в подгруппах с АГ. Среди пациентов группы сравнения стабильная стенокардия чаще встречалась в подгруппе с АГ. При сравнении степеней АГ в основной группе преобладала 3, а в группе сравнения - 2 степень. Достоверной разницы встречаемости ХСН среди пациентов обеих групп не выявлено, однако чаще наблюдалась в подгруппах пациентов с АГ. Достоверных отличий по клиническим признакам основной группы до и после РЧА не было. При расчете отношений шансов было выявлено, что у пациентов с ХИБС (ПИКС и стабильной стенокардией), а также у пациентов с АГ III стадии, 3 степени увеличивается шанс проведения РЧА.

Выводы. У пациентов ФП/ТП с АГ чаще встречаются ХИБС и ХСН. ФП/ТП, высокие классы EHRA, а также наличие сопутствующей патологии (АГ, ХИБС, ХСН) ассоциируются с худшим контролем ритма, более низкими показателями КЖ, чаще требуют проведения РЧА.

ВИКОРИСТАННЯ СИЛДЕНАФІЛУ У КОРЕКЦІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ

Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Дрогомерецька О. І., Попадинець І. Р.,
Штефюк Т. І., Сороката С. Б.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Метою роботи є вивчення особливостей перебігу легеневої гіпертензії (ЛГ) у хворих на системну склеродермію (СС) та ефективність її корекції за допомогою силденафілу.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 32 хворих на СС з ознаками ЛГ. Вік хворих коливався від 34 до 72 років, тривалість хвороби від 5 до 19 років. Серед обстежених переважали жінки – 27 осіб. Усіх хворих було розділено на 2 групи: I група – 18 хворих для корекції ЛГ отримували антагоніст кальцію (ніфедипін по 40 мг/добу); II група – 14 хворих для корекції ЛГ отримували інгібітор 5-фосфодіестерази – силденафіл 80 мг/добу. Усі хворі отримували у якості антифіброзної терапії СС препарат цинку («Цинктерал» 124 мг/добу). Для об'єктивізації отриманих даних окрім загально-клінічних, ми вивчали лабораторні (Scl-70 та ендотелін-1) та інструментальні дані (тиск в легеневій артерії (ЛА) – ЕхоКС). Моніторинг отриманих даних здійснювали до лікування та через 3 міс. після початку лікування.

Результати дослідження. Висока активність захворювання асоціюється з більшим ризиком розвитку ЛГ. У обстежуваних хворих зі збільшенням стажу хвороби наростали ознаки ЛГ (зокрема зростав рівень тиску в ЛА), спостерігався більш виражений больовий, запальний та суглобовий синдроми. Через 3 місяців після початку лікування у пацієнтів II групи динаміка зниження рівню тиску у ЛА була достовірно ($p > 0,05$) вищою (на $10,54 \pm 2,31\%$) ніж у пацієнтів I групи ($4,52 \pm 1,41\%$), що свідчить про високу ефективність силденафілу у корекції ЛГ у хворих на СС. Ми встановили прямопропорційний середньої сили достовірний кореляційний взаємозв'язок між рівнем ET-1 та Scl-70 ($r = 0,37$, $p > 0,05$) у пацієнтів II групи. Концентрація ET-1 у хворих II групи до початку лікування становила $8,83 \pm 1,86$ пкг/мл, а через 3 міс на фоні використання силденафілу достовірно знизилася до $6,78 \pm 1,21$ пкг/мл ($p > 0,05$). Це є свідченням позитивного впливу силденафілу на стан ендотелію судин.

Висновки. ЛГ є частим ускладненням і асоціюється з високою активністю та тривалістю СС. Силденафіл (80 мг/добу) є ефективним препаратом в корекції ЛГ у хворих на СС, адже дозволяє суттєво знизити тиск в ЛА та покращити якість життя хворих.

РІВЕНЬ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Шумко Г. І., Трефаненко І. В., Рева Т. В.

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

У теперішній час ВООЗ виділяє численну кількість факторів, які впливають на прихильність хворих до лікування. На сьогодні ідентифіковано майже 250 факторів, які тим чи іншим шляхом зумовлюють ставлення хворих до дотримання режиму терапії. У цілому прихильність відображає складну взаємодію різних факторів, конфігурація взаємодії яких змінюється в динаміці захворювання та на віддалених етапах може суттєво відрізнятись від первинної. Проблема недостатньої прихильності пацієнтів до лікування особливо актуальна при хронічних захворюваннях, зокрема при бронхіальній астмі (БА).

Мета: оцінити рівень прихильності до лікування у хворих на БА.

Матеріали і методи: обстежено 68 осіб, хворих на БА віком від 29 до 69 років. Оцінювання рівня прихильності до лікування проводили за допомогою 8 пунктової шкали Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Вона включає 8 запитань, які стосуються ставлення хворого до прийому медикаментів. Відповіді на запитання 1–7 даються у форматі «так/ні». На 8-ме запитання є 5 варіантів відповіді: ніколи/дуже рідко; час від часу; деколи; переважно; завжди. За кожне «ні» (або «ніколи») пацієнт отримує 1 бал. Висока прихильність до лікування вважається у пацієнтів, які отримали 8 балів, середня – 7-6 балів, низька – <6 балів.

Результати: згідно результатів проведеного тестування за допомогою вищенаведеної шкали всіх пацієнтів було розподілено на групи відповідно рівня прихильності до лікування. Зокрема, 24 % пацієнтів мали високу, 27 % мали середню та 49 % мали низьку прихильність до лікування. На рівень даного показника впливала низка різноманітних факторів: соціально-економічні, пов'язані з медичним персоналом та системою охорони здоров'я, пов'язані з терапією, що застосовується, пов'язані з пацієнтом, пов'язані зі станом пацієнта на сьогодні. Серед найважливіших з них такі, як процеси партнерства та співробітництва між лікарем і пацієнтом, консультування, формування довіри до лікаря, особливо з урахуванням схеми пацієнт – родичі – лікар. Не менш важливий принцип прийнятності препарату: від вибору лікарських засобів, його фармацевтичної форми до дозового режиму, враховуючи кратність прийому. Слід відмітити, що часто причиною зниження прихильності до лікування було саме покращення стану пацієнта та зникнення симптомів захворювання.

Висновок: рівень прихильності до лікування обстежених хворих на БА був досить низьким, що потребує подальшої розробки відповідних заходів щодо покращення прихильності даних пацієнтів до лікування.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМОВАНOSTІ СТУДЕНТІВ ПРО ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Щербиніна М. Б., Гладун В. М.

Дніпровський Національний університет імені Олеся Гончара, Україна

На сьогоднішній день інтерес до гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) обумовлений не тільки її високою поширеністю, а й тенденцією до «омолодження», частою несвоечасною діагностикою, недооцінкою наслідків даної патології, наявністю позастравохідних проявів. Встановлення діагнозу в молодому віці на ранній стадії захворювання дасть змогу уникнути прогресу та розвитку ускладнень. Обізнаність людей молодого віку в симптомах ГЕРХ стане першим кроком в профілактиці захворювання.

Мета: вивчити рівень інформованості студентів Дніпровського Національного університету імені Олеся Гончара про ознаки та наслідки ГЕРХ за допомогою розробленої авторами анкети. Виявити у даній групі респондентів наявність симптомів патологічного гастроєзофагеального рефлюксу або ГЕРХ за допомогою міжнародного опитувальника GerdQ.

Матеріали і методи: Опитуванням було охоплено 92 респонденти віком від 18 до 25 років (середній вік – $(20,19 \pm 1,79)$ років), обстежуваних не розділяли за гендерною ознакою. Анкетування проведено серед студентів гуманітарних та математичних факультетів. Основні питання, які задавали респондентам: 1. Чи знаєте Ви про ГЕРХ? 2. З якими наслідками на Вашу думку може бути пов'язана ГЕРХ? 3. На Ваш погляд, ГЕРХ може погіршити якість життя людини? 4. Звідки Ви дізналися про ГЕРХ? 5. Вам відомо, що бактерія хелікобактер пілорі (*Helicobacter pylori*, Н.р.) може бути причиною пошкодження шлунка? Окремо респонденти заповнювали міжнародний опитувальник GerdQ. Статистична обробка отриманих результатів виконана за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати: переважна більшість респондентів 56 (60,87%) не знають про ГЕРХ, а серед опитаних які знайомі з цим захворюванням – це 36 осіб (39,13%), тільки 11 (30,56%) вважає, що ГЕРХ може бути причиною позастравохідної патології. Більшість студентів не пов'язує ГЕРХ з захворюваннями, які впливають негативно на якість життя – 24 (66,67%) особи. Дізналися про ГЕРХ респонденти переважно від лікарів – 15 (41,67%) та засобів масової інформації – 11 (30,56%). Стосовно ролі Н.р. тільки 29 (31,52%) студентів пов'язують з нею пошкодження шлунка. У 21 (22,8%) осіб виявлені симптоми стравохідного рефлюксу за скринінг анкетною GerdQ.

Висновок. Більшість студентів не інформовані про ГЕРХ, майже у чверті респондентів виявлені ознаки ГЕРХ за міжнародним опитувальником GerdQ. Необхідна розробка стратегії навчальних програм, спрямованих на підвищення обізнаності населення з питань, що до ГЕРХ.

АНГІОТЕНЗИН-(1-7) ТА РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Юшко К. О., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Снігурська І. О.,
Конькова В. С.

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

Мета: оцінити рівні ангіотензину-(1-7) в крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та дослідити їх взаємозв'язки з параметрами ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) серця та діастолічною дисфункцією ЛШ.

Матеріали і методи. Обстежено 70 хворих на ГХ II стадії, 2-3 ступеня з ЦД 2 типу (34 чоловіків та 36 жінок) віком від 40 до 70 років. Комплекс обстеження включав загально-клінічні методи, ехокардіографію з визначенням кінцево-діастолічного розміру (КДР) ЛШ, товщин міжшлункової перегородки та задньої стінки ЛШ, маси міокарду ЛШ (ММЛШ) та індексу ММЛШ (ІММЛШ). Типи ремоделювання ЛШ визначали відповідно до ESH/ESC 2013 рекомендацій. Діастолічна функція ЛШ оцінювалася по показникам трансмітрального потоку за даними доплерографії. Контрольну групу склали 16 здорових осіб. Рівні ангіотензину-(1-7) в крові визначали імуноферментним методом.

Результати. Рівні ангіотензину-(1-7) у хворих на ГХ з ЦД 2 типу були вірогідно нижче, ніж в групі контролю - 105,51(89,13;121,17) нг/л проти 128,77 (120,02;276,49) нг/л, $p < 0,05$. Кореляційний аналіз виявив вірогідні негативні зв'язки рівнів ангіотензину-(1-7) з КДР ЛШ ($r = -0,37$, $p < 0,01$), ММЛШ ($r = -0,40$, $p < 0,001$) та ІММЛШ ($r = -0,41$, $p < 0,001$). Серед обстежених хворих концентричне ремоделювання ЛШ визначалося у 10 осіб (14,3%), концентрична гіпертрофія ЛШ (ГЛШ) у 35 осіб (50%), ексцентрична ГЛШ у 25 осіб (35,7%). У хворих з концентричною ГЛШ та ексцентричною ГЛШ рівні ангіотензину-(1-7) були вірогідно нижче, ніж у пацієнтів з концентричним ремоделюванням ЛШ - 107,5(88,2;119,6) нг/л та 101,4(84,2;111,8) нг/л проти 129,3(117,5;136,8) нг/л ($p < 0,01$ та $p < 0,01$ відповідно), але не відрізнялися між собою ($p > 0,05$). Серед обстежених пацієнтів діастолічна дисфункція ЛШ визначалося у 49 осіб (70%). Рівні ангіотензину-(1-7) у пацієнтів з діастолічною дисфункцією ЛШ були вірогідно нижче, ніж у пацієнтів з нормальною діастолічною функцією - 101,1(87,9;116,6) нг/л проти 121,1(105,5;128,9) нг/л, $p < 0,01$.

Висновки. У хворих на ГХ з ЦД 2 типу відмічається зниження рівнів ангіотензину-(1-7) в крові та їх негативний кореляційний взаємозв'язок з параметрами, які характеризують ремоделювання ЛШ. Дослідження показало, що ангіотензин-(1-7) може відігравати важливу патогенетичну роль в розвитку патологічного ремоделювання та діастолічної дисфункції ЛШ у хворих на ГХ з ЦД 2 типу.

**ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ
ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА
З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST**

Яременко О. Б., Іорданова Н. Х., Дудка П. Ф.

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

В сучасних клінічних дослідженнях жіноча стать є одним із факторів, які асоціюються з ускладненим перебігом гострого інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST (ГІМелST). Ці хворі характеризуються несприятливими змінами метаболічного профілю, зокрема, його глікемічної та ліпідемічної складових.

Мета: дослідити гендерні відмінності амінокислотного складу плазми (АСП) крові у хворих на ГІМелST.

Матеріали і методи: було обстежено 92 хворих на ГІМелST (59 чоловіків та 33 жінки), у яких в день госпіталізації досліджували АСП методом іонообмінної рідинно-колункової хроматографії: визначали концентрації 20 амінокислот та обчислювали 27 амінокислотних відношень.

Результати: група жінок характеризувалась старшим віком ($62,5 \pm 7,48$ проти $57,9 \pm 9,44$; $p=0,017$), вищим індексом маси тіла ($29,1 \pm 3,99$ проти $26,9 \pm 2,41$; $p=0,0002$), нижчими вихідними рівнями гемоглобіну ($125,6 \pm 13,8$ проти $138,2 \pm 14,9$; $p < 0,0001$) та швидкості клубочкової фільтрації ($54,9 \pm 13,8$ проти $95,2 \pm 28,8$; $p < 0,0001$) порівняно з групою чоловіків. Рівень сумарної аміноацидемії у жінок був вищим за рахунок вищих рівнів абсолютної більшості амінокислот порівняно із чоловіками ($46,0 \pm 20,3$ проти $35,8 \pm 18,2$; $p=0,014$). Не було виявлено відмінностей між групами за рівнями гомоцистеїну, гістидину, орнітину, проліну, цистеїну, ізолейцину та глутаміну. Група жінок відрізнялась від групи чоловіків більшими значеннями відношень гліцин/серин ($1,49 \pm 0,34$ проти $1,34 \pm 0,22$; $p=0,02$), серин/цистеїн ($7,24 \pm 5,98$ проти $5,05 \pm 6,91$; $p=0,003$), глутамінова кислота/орнітин ($3,54 \pm 2,62$ проти $2,64 \pm 1,43$; $p=0,045$) та меншими значеннями відношень цистеїн/метіонін ($1,44 \pm 1,65$ проти $2,63 \pm 2,63$; $p=0,004$), ізолейцин/фенілаланін ($0,44 \pm 0,26$ проти $0,58 \pm 0,24$; $p=0,012$), лейцин/фенілаланін ($1,21 \pm 0,52$ проти $1,41 \pm 0,43$; $p=0,004$) та індексу Фішера ($1,82 \pm 0,57$ проти $2,19 \pm 0,55$; $p=0,0005$).

Висновок. Хоча групи чоловіків і жінок достовірно не відрізнялись за вихідним рівнем глюкози в плазмі крові, виявлені відмінності щодо відношень гліцин/серин, індексу Фішера та інших відношень з амінокислотами із розгалуженим вуглецевим ланцюгом можуть свідчити про приховану інсулінорезистентність, асоціацію з якою цих показників АСП було виявлено в інших дослідженнях. Отже, означені амінокислотні показники можуть бути корисними для ранньої стратифікації ризику розвитку ускладнень у хворих на ГІМелST.

ДІАГНОСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ IgG4-ЗАЛЕЖНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ

Яременко О. Б., Новосад Д. І., Петелицька Л. Б.

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

Мета: продемонструвати складнощі діагностики IgG4-залежного захворювання (IgG4-33) – рідкісної хвороби, яка може дебютувати проявами псевдопухлинного чи інфільтративно-склерозивного ураження практично будь-якого органу.

Матеріали і методи: проаналізовано літературні дані щодо спектру клінічних проявів та диференційної діагностики IgG4-33, описано реальний клінічний випадок.

Результати: IgG4-33 є мультидисциплінарною проблемою, інфільтративні зміни можуть виникати майже у всіх органах, найчастіше – в епітеліальних залозах, орбітах, придаткових пазухах, легенях, жовчовивідних шляхах. Відповідно виникає потреба в диференційній діагностиці з багатьма хворобами, насамперед новоутвореннями, у т.ч. лімфомами, інфекціями, гранулематозом з поліангітом, хворобою Шегрена, панкреатитом. Ускладнює діагностику відсутність конституціональних симптомів. Ми спостерігали хвору М., 24 років, яка хворіє з 2011 р., коли з'явилася припухлість у лівій підщелепній ділянці. На комп'ютерній томографії (КТ): збільшення слізних та слинних залоз. Загальний аналіз крові і сечі – без змін. Антитіла до двоспіральної ДНК, Ro(SS-A), La(SS-B), Scl-70 – негативні. Остаточний діагноз встановлено не було. Хворій було видалено частину лівої підщелепної залози (гістологічно – неспецифічна гіперплазія). Через кілька місяців з'явилася припухлість цієї ж ділянки, приєднались очні прояви (периорбітальний набряк, екзофтальм), шийна лімфаденопатія та припухлість привушних ділянок. У 2012 р. було проведено біопсію з гістологічним дослідженням: 1) ліва підщелепна залоза: хронічний склерозуючий сіалоаденіт. Імуногістохімічне дослідження: IgG4+ плазмоцити >75 у полі зору, індекс IgG4/IgG 80%. 2) привушна залоза: лімфоцитарний сіалоаденіт. 3) шийний лімфовузол: фолікулярна гіперплазія. Було встановлено імовірний діагноз IgG4-33 і призначено лікування глюкокортикоїдами (ГК). На фоні епізодичного прийому ГК приєдналась задишка і у 2016 р. на КТ виявлено фокальний пневмоніт, медіастинальну лімфаденопатію. Рівень IgG4 в крові >300 мг/дл (при нормі 4-86 мг/дл), що підтвердило діагноз IgG4-33. КТ щелепно-лицевої ділянки: приєдналось збільшення зовнішніх м'язів ока.

Висновок. Цей клінічний випадок демонструє низьку специфічність клінічних проявів та результатів традиційних методів обстеження при IgG4-33, оскільки остаточний діагноз було встановлено лише після проведення імуногістохімічного дослідження та визначення сироваткового рівня IgG4 через 5 років від початку захворювання.

ПОДВІЙНА РЕНТГЕНІВСЬКА ДЕНСИТОМЕТРІЯ У ХВОРИХ ЗІ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: КОРЕЛЯЦІЯ ЗІ ЗМІНАМИ В САКРОІЛІАЛЬНИХ СУГЛОБАХ ТА АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ

Яременко О. Б., Шинькарук Ю. Л., Федьков Д. Л.

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

Мета: визначити кореляційні зв'язки щільності кісткової тканини (ЩКТ) з лабораторними показниками, активними та хронічними змінами сакроіліальних суглобів (СІС) за даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) у хворих зі спондилоартритом (СпА).

Матеріали і методи: Подвійна рентгенівська денситометрія проведена у 14 хворих зі СпА (64,3% чоловіків, середня тривалість захворювання – $8,65 \pm 8,83$ років). Оцінювали лабораторні маркери запалення (швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) та С-реактивний білок (СРБ)), інтегральні індекси активності хвороби BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) та функціонального статусу BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), активні запальні зміни в СІС (Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) МРТ рахунок (0-72), хронічні зміни СІС (Датський рахунок (0-48)).

Результати. Остеопороз спостерігався у 1 хворого зі СпА у поперековому відділі хребта та у 1 в шийці стегнової кістки, остеопенія виявлялась у 33,3% хворих у поперековому відділі хребта, 13,3% хворих у передпліччі та у 60% хворих у стегновій кістці. Z-критерій (шийка стегнової кістки) корелював з активними запальними змінами в СІС ($r=0,645$; $p=0,044$) та з BASDAI ($r=0,620$; $p=0,032$). Датський рахунок негативно корелював з ЩКТ ($r=-0,630$; $p=0,028$) і T-критерієм (стегнова кістка) ($r=-0,699$; $p=0,017$); ЩКТ (хребет) з BASDAI ($r=0,567$, $p=0,043$).

Висновок: ЩКТ зменшується у хворих з високою активністю захворювання за SPARCC (стегнова кістка) та BASDAI (стегнова кістка та хребет), і є відносно вищою (тільки у стегновій кістці) у хворих з вищими показниками Датського МРТ рахунку хронічних змін в СІС.

КОМБІНОВАНИЙ ВПЛИВ ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНІВ PPAR- γ 2 (rs1801282) І ACE (rs4646994) НА ПОЯВУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ

Яринич Ю. М., Сидорчук Л. П.

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

Мета: дослідити комбінований вплив поліморфних варіантів генів PPAR- γ 2 (rs1801282) і ACE (rs4646994) на появу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) та ожиріння.

Матеріали і методи: У дослідженні взяло участь 96 хворих на НАЖХП, ЕАГ II стадії, 1-2 ступеня, високого і дуже високого ризику із супутнім АО: чоловіків - 41,67% (40), жінок - 58,33% (56), середній вік становив 53,70 \pm 5,34 років. Функцію печінки вивчали за активністю органоспецифічних ферментів. Дослідження поліморфізму генів PPAR- γ 2 (Pro12Ala) та ACE (I/D) виконали методом ПЛР. Групу контролю склали 50 практично здорових осіб.

Результати. Третина хворих на НАЖХП (31,25%) є носіями несприятливого поєднання гомозиготної делеції гена ACE (rs4646994) та ProPro-генотипу гена PPAR- γ 2 (rs1801282) (DD/Pro12), а кожен п'ятий (22,92%) – носій комбінації гетерозигот за двома генами (ID/ProAla варіант), що у 2,6 і 2,9 разів частіше, ніж у групі контролю ($p=0,01$ і $p=0,025$, відповідно). У контролі домінують особи із поєднанням ID-поліморфного варіанту гена ACE та ProPro-генотипу гена PPAR- γ 2 у 1,84 разу: 44,0% проти 23,96% ($\chi^2=6,19$, $p=0,013$). Ризик НАЖХП у обстеженій популяції мешканців Північної Буковини зростає за комбінації Ala-алеля гена PPAR- γ 2 та ID-генотипу гена ACE (ID/ProAla, ID/12Ala варіанти) у 2,3 рази (OR=3,17, 95%CI OR=1,13-8,88, $p=0,023$), за рахунок НАСГ – у 4,4 рази (OR=7,0, 95%CI OR=1,81-27,07, $p=0,006$). Тоді як у власників DD/Pro12 варіанту домінуючий вплив гомозиготної делеції гена ACE, без суттєвого імпакту Pro12-генотипу гена PPAR- γ 2, підвищує ризик НАЖХП у 2,6 рази (OR=3,33, 95%CI OR=1,28-8,68, $p=0,01$), за рахунок НАСП – у 2,7 рази (OR=3,53, 95%CI OR=1,33-9,34, $p=0,008$), відповідно. Натомість поєднання I-алеля гена ACE та Pro-алеля гена PPAR- γ 2 є протективним із найнижчими шансами на появу НАЖХП (OR=0,40, 95%CI OR=0,19-0,83, $p=0,013$) та її підвидів, особливо стеатогепатиту (OR=0,08, 95%CI OR=0,01-0,69, $p=0,006$), ніж стеатозу печінки (OR=0,48, 95%CI OR=0,23-1,01, $p=0,051$).

Висновки. Наявність DD-генотипу гена ACE у комбінації з Pro12 генотипом гена PPAR- γ 2 підвищує ризик НАЖХП у 2,6 рази (за рахунок неалкогольного стеатозу печінки). Комбінація I-алеля гена ACE та Pro-алеля гена PPAR- γ 2 є протективним із найнижчими шансами на появу НАЖХП у популяції (особливо неалкогольного стеатогепатиту).

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛАКТОФОРУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СТАНУ КИШКІВНИКА У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Яцишин Р. І., Вишиванюк В. Ю., Скробач Н. В., Шаповал О. А.,
Попадинець І. Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Закрепи є значною соціально-економічною проблемою у суспільстві, істотно впливають на якість життя, знижують продуктивність праці. Проблема закрепку посилюється з віком, і серед людей старше 60 років закрепку зустрічається у 50-60%. Наявність його в осіб старших вікових груп обтяжує перебіг не лише супутньої патології шлунково-кишкового тракту, а й інших органів і систем. До 50% осіб старше 65 років використовують проносні. Однак ці цифри не можна вважати остаточними, оскільки багато пацієнтів не звертаються до лікаря, сподіваючись, що проблема вирішиться сам по собі, оскільки ця ситуація розцінюється багатьма як вельми делікатна, проте істотно знижує якість їхнього життя.

Метою дослідження було встановити ефективність та безпеку корекції стану кишківника при функціональному закрепку у осіб похилого віку з використанням засобу природного походження «Лактофор», що містить лактитол, ацидофільну паличку, симетикон, фолієву кислоту та вітамін В12.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 46 пацієнтів віком більше 60 років з встановленим діагнозом остеоартриту, які страждали через функціональний закрепку через малорухомий спосіб життя. В дослідження не включалися хворі, що мали органічні причини закрепку (пухлини, непрохідність та інша гостра хірургічна патологія) та виявлену патогенну кишкову мікрофлору.

Усі хворі отримували лактофор у дозі 1 саше 2 рази на добу протягом 4 тижнів. Демографічні та клінічні дані були гомогенні ($p < 0,05$). Ефективність терапії оцінювали за частотою випорожнень, консистенцією калу за Брістольською шкалою форми випорожнень, такими особистісними важливими показниками, як напруження та больові відчуття під час випорожнення, відчуття задоволеності випорожненням та ін., безпеку – лабораторними методами.

Результати. Дослідження продемонструвало збільшення частоти випорожнень з 2,3 рази на тиждень до 3,9 разів на тиждень ($p < 0,05$), 74,6% пацієнтів спостерігали підвищення частоти через 3 дні застосування. 81,3% відзначили м'який послаблюючий ефект, проте без вираженої проносної дії, який імпував переважній більшості хворих, які до цього застосовували часто препарати сени, пікосульфат та ін. Вивчення показників безпеки показало, що препарат не призводив до підвищення глікемії крові, що особливо важливо хворим на цукровий діабет, до погіршення біохімічних параметрів після лікування ($p < 0,05$).

Таким чином, виявлені дані дозволяють рекомендувати даний засіб для більш широкого застосування, особливо у пацієнтів похилого віку.

**PATHOGENIC LINKS OF PULMONARY HYPERTENSION
WITH CONNECTIVE TISSUE METABOLISM AND REMODELING
OF THE RIGHT HEART**

Dielievska V. Yu., Khilko M. S.

*Kharkiv National Medical University, department of internal medicine № 2 and
clinical immunology and allergology named after academician L. T. Malaya,
Ukraine*

The aim of the study was to investigate the levels of glycosaminoglycans in patients with atrial fibrillation (AF) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Material and methods. 32 patients with AH and COPD were included in the study. The mean age of the patients comprised $53,2 \pm 3,2$ years. The patients had clinical investigation, X-ray examination, echocardiography. The sera of the patients were collected and kept until investigation at $- 18^{\circ}\text{C}$. The levels of glycosaminoglycans (GAGs) and chondroitinesulfates were investigated with differentiation of nonsulfated, sulfated and highly sulfated glycosaminoglycans.

The results. 62% of patients had pulmonary hypertension of different degrees. While correlation analyses systolic pressure in pulmonary artery (SPPA) was directly associated with right atrium diameter ($r=0.98$) and right ventricle diameter ($r=0.89$) ($p<0.05$). SPPA correlated with chondroitinesulfates ($r=0.48$), total GAGs ($r=0.3$) and highly sulfated GAGs ($r=0.20$) ($p<0.05$).

Thus, the measurement of chondroitinesulfates, GAGs and highly sulfated GAGs is useful in the determination of the degree of pulmonary hypertension and monitoring the severity of the disease.

Conclusions. Pulmonary hypertension is associated with right heart remodeling and degradation of extracellular matrix, especially with chondroitinesulfates and highly sulfated glycosaminoglycans.

TO THE PATHOGENESIS OF TACHYCARDIA IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Dielievska V. Yu., Kravchun P. G.

*Kharkiv National Medical University, department of internal medicine № 2 and
clinical immunology and allergology named after academician L. T. Malaya,
Ukraine*

Objective. To estimate the relations of tachycardia with echocardiography parameters and biochemical data in patients with arterial hypertension (AH).

Material and methods. 30 patients aged 62.4 ± 3.1 years with AH and tachycardia were examined. The control group consisted of 25 persons with AH and normal heart rate, comparable by age and sex to the main group. Measurement of AST, ALT, total cholesterol and echocardiography was performed for the patients.

Results. Patients with AH and tachycardia revealed positive associations of the heart rate with diastolic blood pressure ($r=0.41$), AST ($r=0.28$), ALT ($r=0.40$) and total cholesterol ($r=0.52$) ($p<0.05$) while Spearman's correlation. Heart rate was directly related with end systolic diameter ($r=0.37$), end systolic volume of the left ventricle ($r=0.30$), left atrium diameter ($r=0.66$), right atrium diameter ($r=0.65$), right ventricle diameter ($r=0.36$) and negatively correlated with ejection fraction of the left ventricle ($r=-0.61$).

Conclusions. Tachycardia in AH is connected with metabolic changes and remodeling of the heart.

**RELATIONSHIPS OF THE LEFT ATRIUM DILATION
WITH METABOLIC AND STRUCTURAL CHANGES OF THE HEART
IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION**

Dielievska V. Yu., Kozhyn M. I.

*Kharkiv National Medical University, department of internal medicine № 2 and
clinical immunology and allergology named after academician L. T. Malaya,
Kharkiv, Ukraine*

Introduction. Dilatation of the left atrium in patients with atrial fibrillation (AF) is a frequent finding on echocardiography. It is known, that dilation of the left atrium predisposes to thrombi formation and their accumulation in the dilated parts of the atrium, which negatively influences the outcome of AF.

The aim: to study the relations of left atrium dilation with other echocardiographic parameters of the heart and connective tissue metabolism data.

Material and methods. We examined 40 patients with AF and arterial hypertension aged 64.2 ± 2.7 years, including 24 males and 16 females. The duration of AF lasted on average 5.2 years. The study included echocardiography and determination of glycosaminoglycans in the serum.

The results. The patients with AF showed increased levels of total glycosaminoglycans, nonsulfated, sulfated and highly sulfated glycosaminoglycans as compared to the patients without AF. Left atrium diameter (LAD) positively correlated with nonsulfated, sulfated and highly sulfated glycosaminoglycans ($r = 0.40$, $r = 0.34$, $r = 0.20$, respectively) ($p < 0.05$). LAD correlated with ejection fraction of the left ventricle ($r = -0.57$), end systolic diameter and end systolic volume of the left ventricle ($r = 0.20$; $r = 0.23$), intraventricular wall thickness ($r = 0.48$), right atrium and right ventricle diameters ($r = 0.68$, $r = 0.77$), pressure in the pulmonary arteria ($r = 0.50$) ($p < 0.05$). Thus, dilation of the left atrium was accompanied by the increase of all types of glycosaminoglycans, decrease of contractile activity of the left ventricle, dilation of the right part of the heart and pulmonary hypertension.

Conclusions. Left atrium dilation is associated with pulmonary hypertension, structural changes of the right part of the heart and degradation of connective tissue.

DIAGNOSIS OF REPRODUCTIVE DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS IN OUTPATIENT SETTINGS

Djuraeva D. L., Muminova N. Kh., Rakhmanova S. SH.

Tashkent Institute postgraduate medical education

Purpose: Development of diagnostic standards

Methods: general clinical, anthropometry, x-ray, ultrasound scan of the pelvic organs, the study of ovarian function according to standard tests, determination of steroid and peptide hormones (estradiol, testosterone, cortisol, follicle stimulation hormone, lutinisation hormone) in the blood serum by radio immunity, genetic (dermatoglyphics).

Results: more than 200 girls with reproductive disorders (delayed sexual development, 1 and P amenorrhea, hypo menstrual syndrome, juvenile hemorrhages) were examined. The results of the research allow us to recommend the revealed features in the form of diagnostic standards for these reproductive disorders in adolescent girls.

Reproductive disorders, according to statistical data, are observed in 12-27% of adolescent girls. To determine the causes of their occurrence, in the first place, it is necessary to assess the degree of hormonal activity of the ovaries. Therefore, the diagnostic standards include: examination with the determination of the degree of development of secondary sexual characteristics for age, anthropometry, gynecological examination, ultrasound of the uterus and appendages, determination of steroids and trophic hormones of the patient, her biological age, and dermatoglyphic studies, since hereditary complications are clearly traced. The lack of development of secondary sexual characteristics and estrogenization of the external genital organs at the age of 12-13, small size of the uterus and appendages (age ultrasound parameters), the difference in calendar and biological age (1.5-2g), high levels of gonadotropins indicate the absence (or underdevelopment) of hormonal-active elements in the gonads. The level of thyreotrope hormone shows hypothyroidism of the thyroid gland, which can be the cause of reproductive disorders.

Conclusions: the survey standards included in the clinical protocols allow a logical and quick diagnosis, initiate pathogenically justified therapy, optimize the prognosis and improve the reproductive health of adolescent girls.

THE TREATMENT OF HYPOMENSTRUAL SYNDROME IN ADOLESCENT GIRLS

Djuraeva D. L., Rakhmanova S. SH.

Tashkent Institute postgraduate medical education

The purpose: to study the influence of phytopreparation Climadinon on menstrual

function and quality of life in adolescent girls with hypomenstrual syndrome (normogonadotropinemia, normoprolactinemia).

Methods: 83 girls aged from 14 to 19 were examined. The duration of the hypo menstrual syndrome is from 1 to 4 years. All patients were assessed basal follicle stimulation hormone, luteinisation hormone, lactotrop hormone, studied functional diagnostic tests and ultrasound scan of the uterus and appendages. According to the indications - tomography of the brain. The quality of life was determined by a specially designed questionnaire. The duration of treatment was 30 to 90 days.

Results: Restoration of the menstrual cycle (rhythm, degree of loss blood) was noted in 79% of patients. Improvement of quality of life is noted in all patients. The tolerability of the preparation Climadinon in all patients was good.

Conclusions: Climadinon is a highly effective phytopreparation in the treatment of hypo menstrual syndrome in adolescent girls, normalizing the menstrual cycle, significantly improving the quality of life. The optimal duration of treatment is 60 days.

PECULIARITIES OF CLINICAL CURVE AND WISCERAL FAT TISSUE IN PATIENTS WITH NONAL-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE ON THE BACKGROUND OF METABOLIC SYNDROME

Fadicienko G. D., Kushnir I. E., Chernova V. M., Solomentseva T. A.,
Nikiforova Ya. V.

*State Institution "National Institute of Therapy named after L.T. Malaya of the
National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv*

The **aim** of the study was to study the features of metabolic disturbances in patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and their role in the development and progression of steatosis of the liver.

Materials and methods: 62 patients with NAFLD were examined: 26 men (40%) and 36 women (60%). The mean age of patients was (57.34 ± 9.2) years. The control group consisted of 20 healthy donors of the same age group of males and females.

All patients were assessed the parameters of an objective examination and instrumental examination in accordance with the current order № 826 from 06.11.2014r. In addition to the standard survey, the body composition of patients was monitored on an OMRON BF-511 electronic instrument (Japan, 2011), and the visceral adiposity index (VAI) was calculated by the method of Amato M.C. (2010) to determine visceral adipose tissue dysfunction (VAT).

Statistical processing of data was carried out using the "SPSS 17.0" software statistical package.

Results. Clinical symptomatology in patients with NAFLD against the background of the metabolic syndrome was of a low-symptom type, which did not correspond to significant changes in the indices of laboratory and instrumental studies. Among the patients with NAFLD, the vast majority of patients have metabolic disorders in the form of type 2 diabetes (45%), hypertension (28%), overweight and obesity (74%). All patients have elevated VAT rates. In patients with non-alcoholic steatohepatitis [4.4 (3.8;4.9)], an increase in VAI was observed in comparison with patients with steatosis [2.0 (1.6;2.2)] of the liver ($p < 0.05$).

Conclusions. A significant increase in the percentage of visceral adipose tissue and the degree of its activity in patients with NAFLD, regardless of the body mass index, indicates the pathogenetic role of visceral obesity in the development of metabolic changes in this category of patients.

DEVELOPMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN STUDENT POPULATION: RISK FACTORS AND FEATURES OF TREATMENT

Fadicienko G. D., Nesen A. A., Babenko O. V.

SI "L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine", Kharkiv

Introduction. In modern condition the student population is a special category of patients that require careful attention concerning the necessity of primary prevention of chronic non-communicable diseases, early diagnosis of early manifestations of a disease state and implementation of a comprehensive treatment approach taking into account lifestyle, learning environment, possible bad habits and sociological and economic characteristics.

Objective - to identify the most important trigger factors of development of irritable bowel syndrome (IBS) in student population and to increase the effectiveness of treatment through lifestyle and diet modifications and addition of an herbal medicine.

Materials and methods. In this study were included 305 persons from organized student population: mean age - (20.8 ± 0.1) years. IBS was diagnosed in 36 (11.8 %) individuals. Patients with IBS were divided into two groups depending on the intended treatment. Group "A" ($n=18$) - combined therapy with the appointment of non-pharmacological measures, low FODMAPs diet and prescription of phytopreparation Iberogast (Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Germany). Treatment of group "B" ($n = 18$) differed by the absence of prescription of an Iberogast. In order to assess the severity of clinical manifestations of IBS patients were examined using a scale "Irritable bowel syndrome Severity Scoring System".

Results. In patient of group "A" were observed more clear positive changes for complaints like flatulence ($p=0.009$) and overall impact on life ($p=0.041$) after 56 days of treatment. The percentage of the dynamics of total points by "Irritable bowel syndrome Severity Scoring System" was significantly different - (88.7 ± 1.8) % - in the group "A" and - (78.3 ± 2.3) % - in the group "B", ($p=0.001$). That is, the additional prescription of phytopreparation led to the improvement of therapeutic effect on average by 10.4 %. These were confirmed by cluster analysis.

Conclusions. The frequency of IBS among surveyed persons was 11.8 % (IBS with predominant constipations - 30.6 %, IBS with predominant diarrhea - 13.9 %, mixed form of IBS - 13.9 %, undifferentiated form of IBS - 41.6 %). The additional prescription of Iberogast that characterized by the ability to normalize motility of the gastrointestinal tract, reduced of visceral hypersensitivity manifestations, soft choleric action, anti-inflammatory properties of the impact on the digestive system is recommended at a dose of 20 drops 3 times a day during 8 weeks. It is recommended the control survey by "Irritable bowel syndrome Severity Scoring System" scale to assess the effectiveness of the combined therapy.

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DAMAGE TO THE HEART AND BLOOD VESSELS UNDER THE INFLUENCE OF RADIO FREQUENCY ELECTROMAGNETIC RADIATION IN THE EXPERIMENT

Khamidova G. M., Kayumov U. K.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Uzbekistan

Introduction. The aim of the study was to investigate the level of antigen-binding lymphocytes (ABL) to tissue antigens (TAG) of the pericardium, endocardium, myocardium, arteries and veins, as a prognostic criterion of the degree and depth of defeat of the cardiovascular system depending on the different doses and exposure to radio frequency electromagnetic radiation (RF-EMR) in the experiment.

Materials and methods. The experiment was conducted on 72 white male rats weighing 220 -280 g, contained on a conventional diet and microclimatic conditions, in accordance with current regulations. For the experiment, rats were divided into 4 groups: - Group 1 (n = 20), RF-EMR 50 mW / cm², a frequency of 1800 MHz; 2nd group (n = 20) - RF-EMR 500 mW / cm²; 3rd group (n = 20) - RF-EMR 1000 mW / cm²; 4th group (n = 12) - control intact rats without RF-EMR exposure. Duration of RF-EMR exposure: acute - 1 month, and chronic - 3 months. Slaughter of rats performed on the IACUC recommendations. The level of damage to the heart (pericardium, myocardium, endocardium) and blood vessels were determined to identify ABL specifically sensitized to TAG of the heart and blood vessels in the laboratory of clinical morphology and immunology at the Institute of Epidemiology, microbiology and infectious diseases.

Results and Conclusions. The results show that the development of pathological processes in organs and systems of the living body occurs at even the low doses. As the dose and duration of exposure increases, we observe the destructive changes in the organs and tissues, which indicator is antigen-binding lymphocytes specifically sensitized to the appropriate tissue antigens, dynamics of which is a specific diagnostic and prognostic criterion for lesion depth.

ECHOCARDIOGRAPHIC CHANGES DEPENDING ON THE STRATEGY OF THERAPY FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Kravchun P. G., Zolotaikina V. I.

*Kharkiv National Medical University, Department of Internal Medicine №2,
Clinical Immunology and Allergology, Ukraine*

Early reperfusion of the myocardium is confirmed to be a main goal in the treatment of acute myocardial infarction with ST segment elevation (STEMI). The purpose of this study was to analyze the contractile ability of the myocardium in the acute period of STEMI, depending on the chosen treatment strategy. 77 subjects with a diagnosis of STEMI were examined. Depending on the method of myocardial revascularization, all patients were divided into 3 groups. The first group (n= 22) - patients who underwent primary PCI for the first two hours after the development of the anginal attack. The second group (n=30) - patients with prehospital or hospital ST without the possibility of PCI. The third group (n= 25) - pharma-invasive method (prehospital or hospital ST followed by PCI). PCI was carried out within the first 12 hours from the onset of the disease. It was determined markers of myocardial damage in dynamics (troponin I) in the 1st day and 48 hours after revascularization, echocardiography (EchoCG) at admission and on the 10th day of stay in the hospital. On the 7th day of treatment, it was revealed that in the II and III group patients the lower ejection fraction (EF) values were found in comparison with group I (42.3 ± 0.5 , $41 \pm 1.1\%$ and $47 \pm 1.2\%$, respectively, $p \geq 0.05$). This was accompanied by higher end-systolic volume values: 75.4 ± 4.4 ml; 77.1 ± 4.1 ml and 62.3 ± 3.3 ml, respectively, $p \geq 0.05$; end-dyastolic volume: 138.4 ± 3.3 ml; 141.3 ± 3 ml and 122.3 ± 4.7 ml, respectively, $p \geq 0.05$; stroke volume: 66.2 ± 2.8 ml; 64.4 ± 2.1 ml and 59.2 ± 1.1 ml, $p \geq 0.05$. These data indicate greater systolic dysfunction and LV overload in group II and III patients compared with group I. The obtained data allow to draw a conclusion that in patients of the I group in the acute period of the STEMI the systolic function of the left ventricle is significantly better than in patients of groups II and III. The initial level of troponin I did not differ significantly in each of the 3 groups (5.45 ± 2.28 , 4.99 ± 1.78 , and 5.3 ± 2.1 , respectively). After 48 hours, the dynamics of troponin I allowed to determine that in the I group it significantly decreased ($\Delta 23\%$) in comparison with II ($\Delta 6\%$) and III ($\Delta 11\%$) groups, $p > 0.05$. Reducing the fraction of the ejection of blood from the left ventricle, as well as troponin, is one of the most independent risk factors for death, which is confirmed by all major studies. The performed work shows the advantage of mechanical reperfusion over a pharmacological or a combination methods.

PROGNOSTIC VALUE OF ST2 IN DIABETIC PATIENTS WITH HEART FAILURE AND PRESERVED EJECTION FRACTION

Medentseva O. O., Rudyk I. S., Udovychenko M. M.

Government Institution National Institute of Therapy named after L. T. Malaya of NAMS of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

Background: ST2 is currently considered as a risk factor for hospitalization and death in patients with systolic heart failure. However, the impact of ST2 and its cut-off level for such end-points as cardiac death, hospitalization for heart failure, non-fatal stroke in diabetic patients with heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) is not well established.

Aim: To investigate the prognostic level of ST2 for pre-defined study endpoint in diabetic patients with HFpEF.

Methods: A total of 82 patients with type 2 diabetes mellitus and HFpEF were enrolled in the study and followed-up for 24-month period. ST2 was determined by using kits of reagents “PresageST2” (USA). The relationship between ST2 levels and a composite endpoint including cardiac death, hospitalization for heart failure, non-fatal stroke was assessed using Roc analysis.

Results: During a median follow-up of 24 months 40 (48%) patients had the study composite endpoint. ST2 was the only predictor for composite endpoint within 24 months follow-up in diabetic patients with HFpEF (OR = 8.0, 95% CI = [1.52-42.03], $p < 0.05$). ROC analysis has been shown that cut off point of ST2 concentration for cumulative endpoints was 24.88 ng/ml. Figure demonstrates a significantly differences of Kaplan-Meier survival curves in patients with high (>24.88 ng/ml) and low (<24.88 ng/ml) concentrations of ST2.

Conclusion: The cut-off level of ST2 24.88 ng/ml is a strong and independent prognostic predictor in diabetic patients with HFpEF.

**HYPERTENSION AND DIFFERENT PHENOTYPES
OF OCCUPATIONAL CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE**

Melenevych A. Ya., Rushubiza L. K., Khalil K.

*Kharkiv National Medical University, Department of internal and occupational
diseases, Kharkiv, Ukraine*

Actuality. The problem of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in combination with hypertension (HT) is becoming more relevant because of the growth of its prevalence and adverse consequences.

Aim: to determine statistically significant correlations between clinical and instrumental (spirometric and echocardiographic) parameters in patients with different phenotypes of occupational COPD.

Methods. In total, 39 occupational COPD (GOLD 2, group B) patients in remission with HT stage II (30 males and 9 females) $58,66 \pm 4,83$ years old were monitored. COPD phenotypes: emphysematous – 61,54 % and chronic bronchitic – 38,46 %.

Results. Patients with emphysematous phenotype showed positive correlations between dust exposure and right ventricular (RV) diameter ($r=0,53$; $p<0,05$), waist circumference (WC) and left ventricular (LV) end-systolic volume ($r=0,68$; $p<0,05$), shoulder circumference and mean pulmonary artery pressure ($r=0,7$; $p<0,05$); negative correlations between ejection fraction and WC ($r=-0,57$; $p<0,05$), pulmonary artery diameter and forced expiratory volume-one second (FEV_1) ($r=-0,48$; $p<0,05$), RV wall thickness and forced expiratory flow at 25-75% of the pulmonary volume (FEF_{25-75}) ($r=-0,52$; $p<0,05$). Patients with chronic bronchitic phenotype showed positive correlations between WC and LV end-diastolic volume ($r=0,83$; $p<0,05$), WC and RV diameter ($r=0,87$; $p<0,05$), WC and pulmonary artery diameter ($r=0,71$; $p<0,05$); negative correlations between frequency of exacerbations and FEV_1 ($r=-0,72$; $p<0,05$).

Conclusions. The processes of myocardial remodeling in patients with different phenotypes of occupational COPD combined with hypertension are influenced by various factors.

DYNAMIC FEATURES OF PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR TYPE 1 IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Minukhina D. V.

Kharkov National Medical University, Ukraine

Aim. Determine the features of the dynamic of the inhibitor activator plasminogen type 1 (PAI-1) at the 1st and 10th day in patients with acute myocardial infarction(AMI) with concomitant type 2 diabetes mellitus (DM type 2).

Materials and methods. The study involved 130 patients, of which 44 women (33,85%) and 86 men (66,15%). All patients were divided into groups: the main - 73 patients with AMI with accompanying DM type 2 (among them - 43 people, 30 women, mean age $62,73 \pm 1,39$ years); comparative - 57 patients without type 2 diabetes mellitus (43 men and 14 women, mean age $63,98 \pm 1,47$ years). Control group - 20 practically healthy persons (among them 10 men and 10 women, $60,85 \pm 1,37$ years). Level of plasminogen activator inhibitor type 1 determined with immunoassay using Technoclone PAI-1 ELISA Kit (Austria) commercial test systems. Mathematical computer processing of results was carried out using the software package "Statistica 6.0" (StatSoft Inc., USA).

Results. According to the results of the study, it was found that in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes mellitus, the levels of plasminogen activator inhibitor type 1 exceeded those in patients without diabetes mellitus by 19,2% ($p < 0,05$). The average level of PAI-1 in the 1st day of GI in patients with type 2 diabetes was $63,15 \pm 1,48$ ng / ml [72,23;12,19], and in patients without type 2 diabetes mellitus $51,03 \pm 1,72$ ng / ml [69,47; 21,61]. After treatment for 10th day of AMI in patients with concomitant DM type 2, the average level of PAI-1 was $69,71 \pm 1,83$ ng / ml [83,31;13,12] ng / ml, and in patients without DM type 2 $68,95 \pm 1,05$ ng / ml [79,80;38,02]. In the control group PAI-1 amount was $18,64 \pm 1,05$ ng / ml [27,05;12,81].

Conclusions. In the presence of type 2 diabetes mellitus in patients with acute myocardial infarction, hyperactivity of the type 1 plasminogen activator inhibitor thrombosis is observed. The level of PAI-1 in patients with acute myocardial infarction in the presence or absence of type 2 diabetes mellitus was significantly increased during the 10 days of treatment, which may be indicative of the prolonged character of this marker.

THE ADVANTAGES OF PITAVASTATIN OVER ROSUVASTATIN FOR PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AND CORONARY HEART DISEASE

Molotiagin D., Krapivko S., Mayorova M.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Nowadays the studying of pathogenic aspects of the coronary heart disease more often combined with the metabolic syndrome and its components: hypertension, obesity, insulin resistance, still has high topicality. Numerous researches proved the existence of relations between violation of a lipid range, carbohydrate exchange and development of metabolic syndrome. One of the basic medicine groups for coronary heart disease treatment are statins.

The pitavastatin molecule contains cyclopropyl that, in comparison to rozuvastatin, provides more effective inhibition of a 3-hydroxy-3-metilglyutaril-coenzyme A reductase and has more expressed hypolipidemic effect.

Clinical trial showed equivalence of a pitavastatin in decrease in low-density lipoprotein cholesterol level for more than 40% over rozuvastatin. Pitavastatin also showed smaller frequency of collateral reactions (Borghi C., 2012), increased in high-density lipoprotein cholesterol level (HDL-C) and regressed of an atherosclerotic plaque (Kishida K. et al., 2012).

Pitavastatin treatment provides substantial increase of the HDL-C level up to 30% at patients with low initial level (Teramoto T. et al., 2012).

The data confirming lack of pitavastatin influence on glucose metabolism are crucial. The results of the LIVES research showed that pitavastatin treatment promotes decrease in level of glycosylated hemoglobin by 0,28% in 104 weeks.

In the controlled open parallel multicenter research KIDNEY in patients with the diabetes melitus 2 types and a documentary diabetic nephropathy and a hypercholesterolemia essential decrease of the ratio albumine/creatinine in urine under the influence of pitavastatin, and in the same research in patients with the diabetes melitus and a chronic kidneys disease with a glomerular filtration rate (GFR) lower than 60 ml/min/1,73 m² was observed the GFR increase against the reception of a pitavastatin while rozuvastatin demands a dose correction in patients with the lowered GFR, and at GFR lower than 30 ml/min/1,73 m² – is contraindicated.

In a multicenter prospective research pitavastatin reduced the level of high-sensitivity C-reactive protein, and the interleukin-18's level (Koshiyama H. et al., 2011).

Another advantage is caused by the fact that metabolism of a pitavastatin is carried out with CYP2C9 enzyme participation (and rozuvastatin's – with CYP3A4) that minimizes risk of intermedicinal interactions.

Thus, pitavastatin influences the HDL-C level, stabilization and ensuring the regress of atherosclerotic plaques, alongside with neutral influence on glucose metabolism, low risk of medicinal interactions and a high profile of safety in comparison to rozuvastatin.

TOBACCO XENOBIOTICS RELEASE NITRIC OXIDE

Popova T. M., *Gorbach T. V., **Tsygankova T. I.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,

**Kharkiv National Medical University,*

***H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University, Ukraine*

The purpose of study was to determine levels of nitrates, nitrites, S-nitrosothiols and endothelin-1 in saliva of tobacco smoking young men and healthy young men without bad habits and estimate the interrelationship between results.

Materials and methods. The sixty young men aged 20 - 22 years took part in the present study. They were students of H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University. They have been examined in outpatient department of Kharkiv city student hospital during annual preventive health exam. Forty-five of tobacco smoking students were selected from total number of examined young men. According to duration of cigarette smoking habits in years, forty-five men were divided to three groups. First group consisted from students have consumed of the cigarettes for two years. Second group was formed by young men have smoked for four years. Third group of students had tobacco smoking habit for six years. The amount of cigarettes smoked per day ranged from 11 to 25 in each group of young men. Fifteen normal persons having devoid of any bad habits were selected as a control group. The investigation involved the collection of two milliliters whole unstimulated saliva samples between 8 and 9 AM in all 60 volunteers. The nitrate, nitrite, S-nitrosothiols and endothelin-1 levels were measured in 60 saliva samples. The ratio of salivary endothelin-1 (ET-1) and S-nitrosothiols (S-NO) content was determined.

Results. The salivary nitrate, nitrite, S-NO and ET-1 levels were detected $15,00 \pm 1,6$ $\mu\text{mol/L}$, $1,16 \pm 0,04$ $\mu\text{mol/L}$, $0,5 \pm 0,01$ $\mu\text{mol/L}$, and $3,12 \pm 0,06$ pmol/L , respectively, in control group. There was a significant increase in the salivary nitrates ($17,53 \pm 1,9$ $\mu\text{mol/L}$ and $22,14 \pm 1,8$ $\mu\text{mol/L}$), nitrites ($5,42 \pm 0,21$ $\mu\text{mol/L}$ and $6,82 \pm 0,19$ $\mu\text{mol/L}$) and ET-1 ($12,33 \pm 0,09$ pmol/L and $14,19 \pm 0,8$ pmol/L) levels among the second and third groups of smokers with maximum values seen in third group consisting of young men with six-year experience of cigarettes smoking. The increase was not significant in smoking volunteers of first group whom had a two-year period of cigarette smoking. Comparisons between first and third groups showed significant differences in values ($p < 0,05$). At the same time, the level of S-NO which exhibiting a vasodilator effect was significantly decreased by 1,7 and 2,3 times in saliva of smokers ($0,29 \pm 0,03$ $\mu\text{mol/L}$ and $0,22 \pm 0,02$ $\mu\text{mol/L}$) of the second and third groups, respectively, with regard to the control data ($0,5 \pm 0,01$ $\mu\text{mol/L}$). The ratio of ET-1/S-NO was $42,51 \pm 1,27$ and $64,5 \pm 1,78$ in second and third groups, respectively, that was significantly higher than data of control ($6,24 \pm 0,13$). A similar though less pronounced dynamics of this parameter was in smokers of first group ($20,29 \pm 1,25$) ($p > 0,05$).

Conclusion. The results demonstrated the endothelial dysfunction in groups of smokers by the influence of tobacco components.

**STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS
OF ERYTHROCYTES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE, COMBINED WITH ISCHEMIC
HEART DISEASE**

Shuper S. V., Shuper V. O., Rikova Yu. O.

*Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University,
Higher State Educational Establishment of Ukraine*

“Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, Ukraine

The purpose of the work: to determine the size and sorption capacity of erythrocyte membranes in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), combined with ischemic heart disease (IHD).

Material and methods. The study was comprised of 87 patients with COPD exacerbation of clinical group B (GOLD II) – the main group, as well as 32 patients with COPD without signs of IHD (comparison group I) and 29 patients with IHD, stable angina pectoris, II functional class (comparison group II). Twenty-five healthy donors of the same age and gender range were screened for the development of reference standards. Diagnosis of COPD, IHD, respiratory (RF) and heart failure (HF) were established in accordance with the current normative documents. In all subjects, the mean corpuscular volume of erythrocytes MCV was examined using the Sysmex (Japan) K-1000 analyzer and sorption capability of their membranes (SCEM) by the methodology of Togaybaev AA. et al. (1988).

Results and discussion. MCV examination showed the absence of significant difference of it from the reference values in most patients, except persons of the main group with RF II. Comparing of MCV between patients with RF II and RF I confirmed significant decrease of it by 9.5% ($p < 0.05$) from the similar index of patients with RF I. The SCEM in the patients of the main group was the highest among all examined persons - in 1.3 times ($p < 0.01$) exceeded the reference norm and in 1.13 times ($p < 0.05$) – the same parameter of persons of the Ist group of comparison without significant changes of SCEM in patients of the IInd group of comparison. While analyzed changes of SCEM in the patients of the main group, depending on the degree of RF, it was found that in patients with RF II the SCEM was the highest. This fact may indicate the growth of rigidity of red blood cell membranes, which limits their mobility in micro vessels.

Conclusions. In patients with COPD, combined with IHD, with the absence of significant changes in the size of erythrocytes, an increase in the sorption capacity of their membranes was indicated, which inhibits the ability of cells to deformation. Decrease in the size of erythrocytes and significant increase in SCEM corresponded the progression of the RF. The indicated changes in the MCV and SCEM influence to decrease of cell membrane fluidity and suppression of their rate of propagation through the microcirculatory bed, to reduce the rate of gas exchange and to accelerate the development of hypoxia, and finally to cardiovascular complications of the combined course of COPD and IHD.

MODERN CONCEPTS OF THE ROLE OF PREBIOTICS, PROBIOTICS AND SYNBIOTICS IN THE PROPHYLAXIS OF OSTEOPOROSIS

Zaichenko O. Ye., Panchenko G. Yu., Klimenko M. I., Zaichenko L. O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Osteoporosis is the most common metabolic disease in the skeleton and is characterized by a decrease in bone strength. The epidemic nature of osteoporosis, as well as its dramatic consequences associated with fractures, make it a socially significant disease that requires early diagnosis, active treatment and prevention.

It is now believed that the lifetime use of calcium in a bioavailable form can increase the maintenance of bone mass and the stability of the structure of the bone. The intake of calcium in the body depends not only on its amount in the diet, but also on its bioavailability, i.e., intestinal absorption and adequate use in the body. Consequently, increased calcium intake is an important factor in reducing the risk of osteoporosis.

Recently, studies have been conducted showing the positive impact of the use of probiotic drugs and probiotic products in the prevention of osteoporosis. The use of poly- and oligosaccharide prebiotics is a promising direction. These include inulin, oligofructose, fructooligosaccharides, galacto-oligosaccharides, and soy oligosaccharides. They have a positive effect on the absorption and metabolism of minerals, the composition and the architectonics of bone. The combination of fructooligosaccharides with different chain lengths that are synergists is optimal. The effectiveness of prebiotics depends on factors such as age, menopausal status and the ability to absorb calcium. Synbiotics, that is, a combination of a probiotic and a corresponding prebiotic, can have an additive effect. The main mechanisms of their influence on bone mineral density are: increase of solubility of minerals as a result of production of bacteria of short-chain fatty acids; the expansion of the absorbent surface due to the proliferation of enterocytes, mediated by the products of bacterial fermentation, mainly lactate and butyrate; increase in the expression of calcium-binding proteins; improvement of digestive channel function; destruction of phytic acid linking minerals; the release from food of factors that modulate bone tissue, such as phytoestrogens; correction of modulating growth factors, such as polyamines. Probiotics have prospects for secondary osteoporosis associated with inflammatory bowel disease, or intoxication with heavy metals.

In conclusion, the application of probiotics, prebiotics and synbiotics is a promising direction in the prophylaxis of osteoporosis.

**PREDICTORS OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS
IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 DURING
ONE YEAR AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION**

Zaikina T. S., Babadjan V. D., Tsivenko V. N., Gliebova O. V.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Purpose of research: to reveal the markers of these complications in patients with diabetes mellitus type 2 (DM2) based on the estimation of endothelial damage marker – sVE-cadherin.

Materials and methods: 70 patients were enrolled in this study. They were divided in two groups: I group- 6 patients with thromboembolic complications after MI in the past; II group- 64 patients without thromboembolic complications after AMI. Levels of sVE-cadherin were evaluated using immunoassay analysis. Statistical analysis was based on the evaluation of average levels (M), error of the average level (m), reliability of differences (p) between parametrical samples.

Results: Average levels of sVE-cadherin in the I group were significantly higher than in II group – $1,70 \pm 0,03$ ng/ml and $1,45 \pm 0,03$ ng/ml accordingly ($p < 0,01$).

Conclusions. Development of the thromboembolic complications among patients with diabetes mellitus within one year after acute myocardial infarction is associated with higher levels of sVE-cadherin that confirms the negative impact of endothelial damage.

SCD40-LIGAND AS A PREDICTOR OF RECURRENT MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Zaikina T. S., Leonidova V. I., Saprycheva L. V.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Purpose of research: to establish the diagnostic value of sCD40-ligand as a mediator of inflammatory reaction and platelet activation.

Materials and methods: 70 patients were enrolled in this study. They were divided in two groups: I group- 11 patients with recurrent myocardial infarction; II group- 59 patients without recurrent myocardial infarction. Levels of sCD40-ligand were evaluated using immunoassay analysis. Statistical analysis was made with the evaluation of average levels (M), error of the average level (m), reliability of differences (p) between parametrical samples.

Results. Average levels of sCD40-ligand in the I group were significantly higher than in II group – $3,42 \pm 0,1$ ng/ml and $2,99 \pm 0,05$ ng/ml accordingly ($p < 0,01$).

Conclusion. Development of recurrent myocardial infarction among patients with diabetes mellitus during one year after acute myocardial infarction is associated with higher levels of sCD40-ligand that confirm negative impact of inflammation and platelet activation in this process.

ЗМІСТ

РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО МІКРОБІОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ СИНТЕТИЧНИХ ПОХІДНИХ АМІНОКИСЛОТ З АЛІФАТИЧНИМ РАДИКАЛОМ Андреева І. Д., Осолодченко Т. П., Пономаренко С. В., Рябова І. С., Завада Н. П.	3
КІЛЬКІСТЬ ЯДРОВМІСНИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ З НАДЛИШКОВИМ ВМІСТОМ АКТИВНИХ ФОРМ КИСНЮ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ТРАНСФУЗІЇ Бабійчук Л. О., Макашова О. Є., Зубов П. М., Зубова О. Л., Михайлова О. О.	4
АЛЕРГЕНКОМПОНЕНТ БЕРЕЗИ rBet v1 – ОДНЕ З ГОЛОВНИХ ДЖЕРЕЛ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ХАРЧОВИХ АЛЕРГЕНІВ Бабаджан В. Д., Шуляк Л. М., Єрмак А. С.	5
ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНАЦІЇ БІОМАРКЕРІВ ЦИТОКЕРАТИНУ 18 ТА ФАКТОРА РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 21 ДЛЯ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ Бабак О. Я., Лапшина К. А.	6
СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОЖИРЕНИЯ Бездетко Т. В., Химич Т. Ю., Еременко Г. В.	7
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛЕПТИНУ ТА СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ Бек Н. С.	8
ОЦІНКА СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ОСІБ КОМАНДНОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЧАСТИН ТИЛОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ Білера Н. В.	9
НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ Беловол А. Н., Князькова И. И., Цыганков А. И., Мазий В. В., Гриненко Е. В., Фисенко Е. В., Герасименко Ж. М.	10
СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО БОРОТЬБИ З ОЖИРІННЯМ Біловол О. М., Златкіна В. В.	11
ВПЛИВ ГІПОФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ Біловол О. М., Немцова В. Д., Ільченко І. А.	12
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННОЕ ДЕЙСТВИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ Бильченко О. С., Веремеенко О. В., Красовская Е. А.	13
ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Бильченко О. С., Веремеенко О. В., Красовская Е. А., Поликов Г. О.	14
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОПЕПТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Бобро Л. Н., Коряк В. В.	15

ВПЛИВ ЗБЕРІГАННЯ ПЛАЦЕНТИ ПРИ -20°C НА АНТИАГРЕГАЦІЙНУ АКТИВНІСТЬ ЇЇ ЕКСТРАКТИВ	16
Боброва О. М., Говорова Ю. С., Нардід О. А., Репіна С. В., Розанова К. Д.	
ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМУ 34C>G ГЕНА PPARG2 СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ	17
Бондар Т. М., Гальчінська В. Ю., Петеньова Л. Л.	
ПОШИРЕНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ КМК ЛШМД М. ЛЬВОВА У 2017 РОЦІ	18
Бондаренко О. О., Сорочка М. І., Куцик Д. Ю.	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА	19
Бондаренко С. В., Амелин А. Ф., Додонова Л. А.	
ВИКОРИСТАННЯ ІВАБРАДИНУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНІСТЮ ПОСТІНФАРКТНОГО КАРДІОСКЛЕРОЗУ І БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	20
Борзова О. Ю., Риндіна Н. Г., Борзова-Коссе С. І., Кожин М. І., Кудрік С. О.	
СТАН ПОСТІНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ	21
Борзова-Коссе С. І., Абуліатім М. А.	
ВЗАСМОВ'ЯЗКИ ПОКАЗНИКІВ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСУ, ТРОПОНІНУ І З МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПАРАМЕТРАМИ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ	22
Борзова-Коссе С. І., Мамедов К.	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ОРГАНІЗОВАНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ	23
Боровик І. Г., Ткач С. І., Захаров О. Г., Бірючевська Н. Є.	
ЗВ'ЯЗОК ВІТРОНЕКТИНУ ТА ПОКАЗНИКІВ АНТРОПОМЕТРІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ ОЖИРІННЯ	24
Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Глебова О. В.	
ПРЕДИКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ГАЛЕКТИНУ-3 ЩОДО РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	25
Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Сапричова Л. В.	
ВІТРОНЕКТИН ТА ОСОБЛИВОСТІ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ	26
Боровик К. М., Цівенко В. М.	
ЗМІНИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	27
Бурмак Ю. Г., Казаков Ю. М., Чекаліна Н. І., Петров Є. Є.	

ХАРАКТЕР ЗМІН ДЕЯКИХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ МІОКАРДА ШЛУНОЧКІВ ЯК ФАКТОР ОБТЯЖЕННЯ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ	28
Бурмак Ю. Г., Треумова С. І., Петров С. Є., Іваницька Т. А.	
НАРУШЕНИЕ СНА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	29
Буряковская А. А., Исаева А. С., Вовченко М. Н., Резник Л. А.	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА СТАДІЇ СТЕАТОЗУ	30
Вакалюк І. І.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ	31
Валентинова І. А., Шкапо В. Л.	
ПРУЖНО-ЕЛАСТИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ АРТЕРІЙ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ	32
Візір В. А., Насоненко О. В.	
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	33
Волик М. С., Молодан В. І.	
ДИНАМИКА ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СТАТИНАМИ	34
Волков В. І., Рябуха В. В., Сердобинская-Канивец Э. Н., Комир І. Р., Ченчик Т. А...	
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ПАТОЛОГІЇ ЛЕГЕНЬ. ПОКАЗАННЯ. РЕЗУЛЬТАТИ	35
Волошин Я. М., Калабуха І. А., Іващенко В. Є., Маєтний Є. М., Веремеско Р. А., Олесь А.Є., Хмель В. В.	
НОВІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ	36
Волошин Я. М., Калабуха І. А., Хмель О. В., Палівода М. Г., Іващенко В. Є., Брянський М. В.	
ВПЛИВ МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ ЗАСОБІВ НА СТАН СИСТЕМИ ЦИСТАТІОНІН-Г-ЛІАЗА / H2S В ПЕЧІНЦІ ТА СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗАХ ЩУРІВ З ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ СИМВАСТАТИНУ	37
Волошук Н. І., Данченко О. П.	
ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМІВ 5318 C>G ТА 46G>A ГЕНА ADRB2 СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ	38
Гальчінська В. Ю., Петеньова Л. Л., Бондар Т. М.	
ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА МАРКЕРИ СУБКЛІНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ СПОНТАННОЮ ГІПЕРІНСУЛІНЕМІЄЮ	39
Гаман І. О., Човганюк О. С.	

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДИНАМІЦІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ	40
Гасанов Ю. Ч.	
ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ОЗНАКИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ПРИ РОЗВИТКУ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	41
Гетман О. А., Крахмалова О. О.	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ДИНАМИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	42
Гончарюк Д. А.	
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ НЕІСОВАСТЕР PYLORI-АСОЦІЙОВАНИХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЙ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ	43
Гончарук Л. М., Гресько С. О.	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ ІЗ СУПУТНІМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТОЗОМ	44
Грібенюк О. В., Кузьміна Н. В.	
СИНДРОМ ЭОЗИНОФИЛИИ – МИАЛГИИ	45
Гуйда П. П.	
СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	46
Гуйда П. П.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	47
Гуйда П. П.	
ГЕМОРАГІЧНА ФОРМА КАРЦИНОЗУ КІСТКОВОГО МОЗКУ ПРИ РАКУ ШЛУНКУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	48
Гук-Лешневська З. О., Юр'єва Н. Ю., Серeda К. С.	
5-РІЧНА ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ ТА β-ЛІПОПРОТЕЇДІВ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА	49
Гута Р. Р., Радченко О. М.	
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ	50
Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Грідасова Л. М., Кірієнко Д. О.	
СТАН ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ	51
Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Грідасова Л. М., Кірієнко Д. О.	
ВИВЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ПАРАОКСАНАЗИ 1 У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	52
Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Щенявська О. М., Кірієнко Д. О.	
ДОСЛІДЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	53
Дігтяр Н. І., Герасименко Н. Д., Марченко А. В., Стасюк О. А., Савченко Л. В.	

ФІБРОЗНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ПЕЧІНКИ ЯК УНІВЕРСАЛЬНА ВІДПОВІДЬ ПРИ ХРОНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ	
Діденко В. І., Коненко І. С., Ягмур В. Б., Ошмянская Н. Ю., Дементій Н. П.	54
МОНІТОРИНГ ЗА АЛЕРГІЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ, ВИКЛИКАНИМИ УКУСАМИ КРОВОСИСНИХ ЧЛЕНИСТОНОГИХ	
Драб Р. Р., Сафонов Р. В., Бялковський О. В., Гушук І. В.	55
ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОПРОТЕКЦІЇ МЕЛЬДОНІНО ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ	
Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Тарченко І. П., Бондаренко Ю. М., Вознюк В. В.	56
ЗАСТОСУВАННЯ АДАПТОГЕННОЇ ДІЇ МЕТОДУ НОРМО БАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	
Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Соколова Л. І., Іорданова Н. Х., Вознюк В. В., Бондаренко Ю. М.	57
ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ФОСФОЛІПІДІВ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ ТА ПЛАЗМИ КРОВІ ПРИ ГОСТРОМУ Q-ІНФАРКТІ МІОКАРДА З СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	
Дудка П. Ф., Іорданова Н. Х., Добрянський Д. В., Бондаренко Ю. М., Вознюк В. В., Соколова Л. І.	58
НУТРИЄНТНА КОРЕКЦІЯ ЧИННИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	
Дунаєва І. П., Кравчук Н. О., Земляніцина О. В., Полозова Л. Г., Чернявська І. В., Романова І. П., Дорош О. Г.	59
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВАЗИИ ТОХОСАРА CANIS У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Евстигнеев И. В., Черный В. И., Капшученко О. Н., Вязовская В. Н.	60
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЕРИКАРДИТОВ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Ефремова О. А., Кривошапова И. И., Румянцева Л. А.	61
ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Ефремова О. А., Стародубов О. Д.	62
ВПЛИВ ЗОФЕНОПРИЛУ ТА ЕНАЛАПРИЛУ У СКЛАДІ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ	
Єрмак О. С., Галашко К. Ю.	63
ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТУ ЗОФЕНОПРИЛУ ТА ЕНАЛАПРИЛУ У СКЛАДІ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ	
Єрмак О. С., Галашко К. Ю.	64
АДАПТАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ ТА ГЕМАТОЛОГІЧНІ ІНДЕКСИ У ПАЦІЄНТІВ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ	
Жақун І. Б., Філіпюк А. Л., Радченко О. М.	65

ВПЛИВ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ НА РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Журавльова Л. В., Кулікова М. В.	66
ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТА ПРИ ПОЄДНАННІ ЙОГО З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Журавльова Л. В., Олійник М. О.	67
ОЦІНКА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО СТАТУСУ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З РА Журавльова Л. В., Сікало Ю. К.	68
ІНДЕКС СТЕАТОЗУ ЯК НЕІНВАЗИВНИЙ МАРКЕР СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Бабій С. О., Петішко О. П.	69
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Запровальная О. Е., Бондарь Т. Н., Клименко Т. И.	70
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНОГО МАРКЕРА CD44 В ЭРИТРОЦИТАХ ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАНИЯ ПОД ЗАЩИТОЙ ГЛИЦЕРИНА Землянских Н. Г., Бабийчук Л. А.	71
ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА Зигало Е. В., Стойкевич М. В., Петішко О. П.	72
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ТА/АБО ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ АБЛЯЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Золотарьова Т. В., Бринза М. С., Шевчук М. І., Махаринська О. С., Яблучанський М. І.	73
ВСТАНОВЛЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ ДІЇ КОНДЕНСОВАНИХ ГЕТЕРОЦИКЛІЧНИХ СПОЛУК З ПІРИДИНОВИМ ФРАГМЕНТОМ Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Торяник І. І.	74
ПРОВІДНІ МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ БАКТЕРІЙ У БОРОТЬБИ ЗА ІСНУВАННЯ ТА ЇХНЄ ЗАСТОСУВАННЯ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Торяник І. І.	75
РОЛЬ ТА МІСЦЕ КАНДИДОЗІВ У СУЧАСНІЙ СТРУКТУРІ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Торяник І. І.	76
ВЛИЯНИЕ СИЛЫ ЗАВИСИМОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ИЗМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Ильченко И. А., Павликова А. А.	77
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА: В ФОКУСЕ ВРАЧИ-ЖЕНЩИНЫ Исаева А. С., Резник Л. А., Вовченко М. Н., Буряковская А. А.	78

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРЯ ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ І ДУЖЕ ВИСОКИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ В ХОДІ НАВЧАННЯ У «ШКОЛАХ ЗДОРОВ'Я»	79
Ісаєва Г. С., Резнік Л. А., Вовченко М. М., Буряковська О. О.	
ПОРАЖЕННЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМИИ: ВОЗМОЖНОСТІ ЛЕЧЕННЯ	80
Іскандерова С. Дж., Мамазарова Д. К., Зиямухамедова М. М.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРЕКТОРА ТИМОПТИНА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ	81
Іскандерова С. Дж., Мамазарова Д. К., Зиямухамедова М. М.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЭРИТИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	82
Іскандерова С. Дж., Салихов Ш. И., Бахрамов С. М., Сулейманова Д. Н., Бабаджанова Ш. А., Гафурова Н. Д., Хамидов Ш. А.	
ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З НАЯВНІСТЮ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	83
Іваницька Т. А., Бурмак Ю. Г.	
ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ВІТАМІНУ D В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИРАЖЕНОСТІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ	84
Іваницький І. В.	
ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ТА ЧАСТУ ЕКСТРАСИСТОЛІЮ	85
Іванкова А. В., Кузьміна Н. В.	
БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ	86
Іванова К. В.	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ DASH ДІЄТИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ	87
Іванченко С. В.	
ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНОТИПІВ АЛЕРГІЧНОЇ ТА НЕАЛЕРГІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ЕТАПІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	88
Ігнат'єва В. І., Матвієнко Ю. О., Полянська М. О., Зволь І. В.	
ДІАГНОСТИКА АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ ТА ПОЛІПОЗНОГО ЕТМОЇДИТУ У ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ЕТАПІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	89
Ігнат'єва В. І., Опімах С. Г., Гуменюк Г. Л., Власова Н. А.	
АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ АЛЕЛІВ І ГЕНОТИПІВ ГЕНА ЛЕПТИНУ (Arg223Gln) ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ	90
Кадикова О. І.	
РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЛЕПТИНУ (Arg223Gln) У НАРОСТАННІ ТЯЖКОСТІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ	91
Кадикова О. І., Кравчун П. П.	

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ НЕЙРОТРОПНОСТІ ВІРУСУ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ Казмірчук В. В., Міщенко В. А., Торяник І. І., Мацак Д. Ю.	92
ВИВЧЕННЯ ІНФОРМАТИВНОСТІ ВІДКРИТОЇ БІОПСІЇ ЛЕГЕНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ТОРАКОТОМІЇ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ Калениченко М. І., Опанасенко М. С., Терешкович О. В.	93
ПЕРВИННИЙ ТА ВТОРИНИЙ БІЛІАРНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В Калініченко С. В., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мірошніченко М. С., Скляр А. І., Мелентьєва Х. В., Попова Л. О.	94
ЗАБОЛЕВАННЯ ЖЕЛУДКА И КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАННЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Камышникова Л. А., Главнова Е. С., Молчанова Е. Г., Проскурнин М. А.	95
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ К СОБЛЮДЕНИЮ ДИЕТЫ Камышникова Л. А., Фетисова В. И., Ильченко А. С.	96
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЮ НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ ТИПУ С У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Капустник В. А., Архіпкіна О. Л.	97
ГІПЕРУРИКЕМІЯ ТА УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.	98
УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ГІПЕРУРИКЕМІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ВЕЛИЧИНИ ЕКСКРЕЦІЇ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.	99
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОДАГРЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Каюмов У. К., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Зиямухамедова М. М., Хасанова Х. Д.	100
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ И ЕЁ ТЯЖЕСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Каюмов У. К., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Хасанова Х. Д., Зиямухамедова М. М.	101
СУЧАСНА ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ Кіресєв І. В., Жаботинська Н. В.	102
ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ПУРІНОВОГО ОБМІНУ ГІПЕРУРИКЕМІЇ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ І ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ Клименко М. І., Зайченко О. С., Панченко Г. Ю.	103
ДИНАМІКА РІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГЛОБАЛЬНОЇ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ПІСЛЯ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ Коваль О. А., Хомич А. В., Романенко С. В., Каплан П. О., Авакумова О. М.	104

ОДИНИЧНИЙ НУКЛЕОТИДНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ Т344С ГЕНУ АЛЬДОСТЕРОН-СИНТАЗИ СУР11В2 У ВЗАСМОВ'ЯЗКУ З НАЯВНІСТЮ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ З ОЖИРІННЯМ	
Коваль С. М., Милославський Д. К., Снігурська І. О., Божко В. В., Щенявська О. М.	105
РІВНІ ЕКСПРЕСІЇ МІКРО-РНК 133а У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	
Коваль С. М., Снігурська І. О., Юшко К. О., Милославський Д. К., Божко В. В., Гальчінська В. Ю., Бондар Т. М., Щенявська О. М.	106
КЛІНІЧНІ ЧИННИКИ ПОГРІШЕННЯ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
Ковальова Ю. О., Шелест Б. О., Леонідова В. І., Шелест О. М., Кожин М. І.	107
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ	
Колесникова Е. Н., Крахмалова Е. О.	108
ВИВЧЕННЯ ВЗАСМОВ'ЯЗКУ МІЖ БІОЛОГІЧНИМ ВІКОМ, КОЕФІЦІЄНТОМ ШВИДКОСТІ СТАРІННЯ І АНТРОПОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ	
Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Грідасова Л. М., Потапенко А. В.	109
ВИВЧЕННЯ РОЛІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В РОЗВИТКУ СУДИННОГО СТАРІННЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ ТЕЛОМЕР В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Потапенко А. В., Грідасова Л. М.	110
ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2017 РІК	
Колеснікова О. В., Ярина Н. А., Несен А. О.	111
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ З АДИКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	
Колядко С. П., Каленська Г. Ю., Денисенко М. М.	112
ПОШИРЕНІСТЬ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ (ХДЗП) ЗА ДАНИМИ РІЗНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	
Коненко І. С., Діденко В. І., Зав'ялова І. Ю., Плещенко М. Л., Ягмур В. Б.	113
БИОМАРКЕР sST2 КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МАРКЕР ПРЕДСКАЗАНИЯ ОСТРОГО СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	
Копица Н. П., Петюнина О. В., Вишневецкая И. Р., Гилева Я. В.	114
ВИКОРИСТАННЯ СПЕКЛ-ТРЕКІНГ-ЕХОКАРДІОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА	
Копица М. П., Титаренко Н. В., Родіонова Ю. В., Гончарь О. В., Вишневецкая І. Р.	115

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕРИТРОЦИТАРНИХ МЕМБРАН (ПРЕМ) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК (ХХН) УД СТАДІЇ З АНЕМІЄЮ Король Л. В., Мигаль Л. Я., Степанова Н. М., Новаківський В. В., Малашевська Н. М.	116
ПРОГНОЗ ВИЖИВАНOSTІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Котелюх М. Ю.	117
ВИВЧЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНИМ МАТРИКСОМ І ПАРАМЕТРАМИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Котелюх М. Ю., Кравчун П. Г.	118
ВЗАСМОВ'ЯЗОК МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Кравчун Н. О., Тітова Ю. О., Місюра К. В.	119
ЩОДО ПИТАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇН У КАРДІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ Крапівко С. О., Молотягін Д. Г., Майорова М. В.	120
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Крахмалова Е. О., Самохина Л. М., Бондарь Т. Н.	121
ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ (ХОЗЛ) И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС). СВЯЗЬ С ФЕНОТИПОМ ХОЗЛ Крахмалова Е. О., Токарева А. Ю., Харченко Ю. Е., Колесникова Е. Н., Гетман Е. А.	122
ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Крахмалова Е. О., Харченко Ю. Е., Токарева А. Ю., Гридасова Л. Н.	123
ПІДВИЩЕННЯ АДАПТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ СПОРТСМЕНА Кудрявцева В. Є.	124
ВПЛИВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ Курінна О. Г., Ситник К. О.	125
ВЗАСМОВ'ЯЗОК HELICOBACTER PYLORI ТА ПРОЯВИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ, ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНАХ ШЛУНКА Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Сімонова О. В., Ошмянська Н. Ю., Бочаров Г. І.	126

СВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Лазиди Е. Л.	127
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВАРФАРИНА Левашова А. И., Молодан В. И.	128
ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ КРИОСТИМУЛЯЦИИ (-120 °С) ТЕЛА НА ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В КРОВИ СТАРЫХ КРЫС Ломако В. В., Пироженко Л. Н.	129
ТРАНСФОРМАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ОДНОКРАТНОЙ ОБЩЕЙ КРИОСТИМУЛЯЦИИ (-1200С) У СТАРЫХ КРЫС Ломако В. В., Шило А. В., Коваленко И. Ф.	130
ВПЛИВ ЕКЗОГЕННОГО ОКСИДУ АЗОТУ НА ВИРАЗНІСТЬ ЕНДОБРОНХІАЛЬНОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ Макарова Г. В. , Рекалова О. М., М'ясний І. С.	131
ПРОФИЛАКТИКА СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Малик Н. В.	132
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЕКГ У ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Зубко М. І., Спиридонов А. В.	133
ОЦІНКА СТАНУ КОАГУЛЯЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Курилко Ю. С., Зубко М. І.	134
ПРЕМОРБІДНІ ФАКТОРИ ЯК МАРКЕРИ ДЕБЮТУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ Маркозова Л. М.	135
СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ЯК КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ Маркозова Л. М.	136
СТУПІНЬ ДЕМЕНЦІЇ У ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ Маркозова Л. М.	137
САРКОПЕНІЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Масік Н. П., Каландей К. Я.	138
ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ ЯК ВТОРИННИЙ ІМУНОДЕФЦИТ Мацак Д. Ю., Міщенко В. А., Торяник І. І.	139
СТИСЛИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПЕРВИННОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ Мацак Д. Ю., Міщенко В. А., Торяник І. І.	140
ФАКТОРИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ Мацак Д. Ю., Міщенко В. А., Торяник І. І.	141

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТА ПРОТИГРИБКОВА ДІЯ ХМЕЛЮ ТА СУЧАСНИХ ХМЕЛЕПРЕПАРАТІВ	
Мельник А. Л., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.	142
ТРАДИЦІЙНІ ПРОТИМІКРОБНІ ЗАСОБИ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТОРПІДНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК	
Мельник А. Л., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.	143
ЗАСТОСУВАННЯ ПРОМИСЛОВОЇ, СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ТА ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ У СУЧАСНІЙ АНТИБАКТЕРІАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ	
Мельник А. Л., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю., Макаренко В. Д., Казмірчук В. В., Грищенко М. І.	144
ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2017 РОЦІ	
Мельник О. Г., Боровик І. Г., Рябокони А. І., Дюльдева Т. А., Моргун Т. М.	145
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РЕНΟΣПЕЦИФІЧНОЇ ЕНЗИМУРІЇ ПІСЛЯ ПЕРКУТАННОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМПЛЕКСНОЇ МЕТАФЛАКТИКИ	
Мигаль Л. Я., Нікуліна Г. Г., Сербіна І. Є., Черненко В. В., Желтовська Н. І., Черненко Д. В., Ключ А. Л.	146
ЗНАЧЕННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	
Мирончук Л. В., Олефіренко О. В.	147
НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	
Милейковский М. Ю.	148
СТЕНОСОЛИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	
Милейковский М. Ю.	149
ІНГІБІТОР АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНА 1 ТИПУ ЯК ПРЕДИКТОР ВИНИКНЕННЯ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Мінухіна Д. В., Бабаджан В. Д., Гріднева О. В.	150
МАКРОМІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОГО МОЗКУ ДІТЕЙ, ПОМЕРЛИХ ВІД ГОСТРОГО НЕЙРОСИНДРОМУ	
Міщенко В. А., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мацак Д. Ю.	151
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ РЕСПІРАТОРНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ	
Міщенко В. А., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мацак Д. Ю.	152
ОГЛЯДОВИЙ МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ, ПОМЕРЛИХ ВІД ГОСТРОГО КИШКОВОГО СИНДРОМУ	
Міщенко В. А., Торяник І. І., Попова Н. Г., Мацак Д. Ю.	153
ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ ДІЄТИ ПРИ ВУЛЬГАРНОМУ АКНЕ	
Мойсеєнко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.	154

ЗАСТОСУВАННЯ РЕТИНОЇДІВ ЯК СТАНДАРТНИХ ЗОВНІШНІХ КОМЕДОЛІТИКІВ У СУЧАСНИХ СХЕМАХ ЛІКУВАННЯ АКНЕ Моїсєєнко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іванник В. Ю.	155
ФОЛІКУЛИТ ГОФМАНА ТА ХВОРОБА ОФУДЖИ ЯК ЕТОПАТОГЕНЕТИЧНІ АНАЛОГИ АКНЕ Моїсєєнко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іванник В. Ю., Кривенко В. М.	156
ВПЛИВ АПОПТОЗУ НА ТЯЖКІСТЬ ПЕРЕБИГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Мозгова Ю. М.	157
ТРОМОБОЕМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЇ АРТЕРИИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ Молодан В. И., Аболмасов А. Н., Швец В. М., Молодан Д. В., Юхновский А. Ю.	158
ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Молотягина С. П., Гуйда П. П.	159
ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ СИСТЕМНЫЙ ФИБРОЗ Молотягина С. П., Гуйда П. П.	160
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛХИЦИНА ПРИ КУПИРОВАНИИ П А ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА Мусаева Ш. З., Искандерова С. Дж., Зиямухамедова М. М.	161
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ЛОКАЛЬНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ Мусаева Ш. З., Искандерова С. Дж., Маманазарова Д. К., Зиямухамедова М. М.	162
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ГЕНДЕРНИХ ЗМІН СТРУКТУР І ФУНКЦІЙ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ІЗ ВРАХУВАННЯМ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ <i>PDE4D</i> Настіна О. М., Білоус Н. І., Абраменко І. В., Білий Д. О.	163
HUMULUS LUPULUS L. ІСТОРІЯ ВІДКРИТТЯ І ЗАСТОСУВАННЯ (СТИСЛИЙ ЕКСКУРС) Невмержицький В. В., Казмірчук В. В., Торяник І. І., Грищенко М. І., Кривенко В. М., Кандибко І. В.	164
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ СУЧАСНИХ ГАЛЕНОВИХ ПРЕПАРАТІВ ХМЕЛЮ Невмержицький В. В., Казмірчук В. В., Торяник І. І., Грищенко В. М., Меркулова Н. Ф., Кандибко І. В., Казмірчук В. В., Гордієнко А. І.	165
ФІКСОВАНА ТРИКОМПОНЕНТНА КОМБІНОВАНА ГІПОТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПІДВИЩЕНОМУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОМУ РИЗИКУ І КОМОРБІДНОСТІ Несен А. О.	166
ВИСОКИЙ ТА ДУЖЕ ВИСОКИЙ КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК І МУЛЬТИМОРБІДНІСТЬ Несен А. О., Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Ярина Н. А., Резнікова О. І.	167
ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Нестерак Р. В.	168

ОЦІНКА СТАНУ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦЮЮЧИХ У ШКІДЛИВИХ ТА НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВАХ ПРАЦІ Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Ткач С. І., Боровик І. Г., Грідасова Л. М., Пилипенко Н. О.	169
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОГО ДОБОРУ ДО РОБОТИ В УМОВАХ ВПЛИВУ НЕБЕЗПЕЧНИХ ТА ШКІДЛИВИХ ВИРОБНИЧИХ ФАКТОРІВ Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Ткач С. І., Боровик І. Г., Мартиненко І. Г., Грідасова Л. М., Пилипенко Н. О.	170
ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ З ПРОЯВАМИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ Ніколенко О. Є.	171
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМІНУ СУЛЬФАТОВАНИХ ПРОТЕОГЛІКАНІВ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ З ПРОЯВАМИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ Ніколенко О. Є.	172
ЗАСТОСУВАННЯ КАПНОМЕТРІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОБСТРУКЦІЇ ДРІБНИХ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Опімах С. Г., Ігнатєва В. І., Назаренко К. В., Галай Л. А.	173
ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОЇ І ВІДЕОАСИСТОВАНОЇ БІОПСІЇ ЛЕГЕНЬ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ Опанасенко М. С., Кшановський О. Е., Конік Б. М., Терешкович О. В., Шалагай С. М., Шамрай М. Ю.	174
ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ СИНТЕТИЧНИХ ПОХІДНИХ АСПАРАГІНУ ТА АСПАРАГІНОВОЇ КИСЛОТИ Осолодченко Т. П., Андрєєва І. Д., Пономаренко С. В., Завада Н. П., Рябова І. С.	175
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ З МОРФО- ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПАРАМЕТРАМИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ Оспанова Т. С., Семидоцька Ж. Д., Чернякова І. О., Авдєєва О. В., Піонова О. М., Трифорова Н. С.	176
РОЛЬ АДІПОЦИТОКІНІВ В ПАТОГЕНЕЗІ СУКУПНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Пасієшвілі Л. М.	177
РІВЕНЬ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST ЗАЛЕЖНО ВІД МЕДІАННОГО РІВНЮ Петюніна О. В., Копиця М. П., Куця І. М., Вишневська І. Р.	178
СИНДРОМ "НИЗКОГО ТРИЙОДТИРОНИНА" И ЕГО ЧАСТОТА ПРИ СЕРДЕЧНОЇ НЕДОСТАТОЧНОСТІ Пивовар С. Н.	179
ФАКТОРИ РИЗИКУ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ. МОЖЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ Питецька Н. І.	180

КОРЕКЦІЯ ІШЕМІЇ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ЛЕГЕНЕВИМ СЕРЦЕМ МЕТАБОЛІЧНИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ Погорелов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П., Балагова Л. П., Касторнова Ю. І.	181
ЛІКУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ЛЕГЕНЕВИМ СЕРЦЕМ Погорелов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П., Балагова Л. П., Касторнова Ю. І.	182
ФЕЛОДІПІН У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Погорелов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П., Балагова Л. П., Касторнова Ю. І.	183
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У МОКРОТИННІ, ЯК МАРКЕРА ЛОКАЛЬНОГО ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ Попадинець І. Р., Михалойко І. С., Курилів Г. М., Мигович В. В., Штефюк Т. І.	184
ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ ЯК ОДИН ІЗ НАСЛІДКІВ ВІРУСНО- БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ Попова Н. Г., Торяник І. І.	185
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ STEMI Потяженко М. М., Ішейкін К. Є., Лавренко О. С., Ткач Л. І., Настрога Т. В.	186
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ – ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ І АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ Потяженко М. М., Ішейкін К. Є., Настрога Т. В., Кітура О. Є.	187
ЕОЗИНОФІЛІЯ У ДІТЕЙ З КРИПТОСПОРИДІОЗОМ ТА ДЕТЕКТОВАНОЮ ВІЛ/СНІД – ІНФЕКЦІЄЮ Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А., Костиця І. А., Похил С. В.	188
ЕРЛІХІОЗ. СТИСЛИЙ НАРИС З ІСТОРІЇ ВІДКРИТТЯ Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А., Костиця І. А., Похил С. В.	189
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОБРОЯКІСНИХ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЙ Радченко О. М., Гук-Лешневська З. О., Комариця О. Й., Макаренко Т. М.	190
ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ПЕРВИННИЙ ГІПОТИРЕОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД ЙОГО КОМПЕНСАЦІЇ Радченко О. М., Оленич Л. В.	191
ФОРМИРОВАНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ Рамазанов В. В., Воловельская Е. Л., Руденко С. В., Семенченко А. Ю., Бондаренко В. А.	192
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПОСДНАННІ ІЗ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ Рева Т. В., Трефаненко І. В., Шумко Г. І., Рева В. Б.	193

ВПЛИВ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ БЛОКАДИ РААС НА МОРФО–ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ПРИ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ЩУРІВ Репін М. В., Марченко Л. М., Говоруха Т. П., Строна В. І., Васькович А. М., Чиж Ю. О., Брусенцов О. Ф., Шейна Т. В.	194
ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ОБМІНУ ЗАЛІЗА, ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ТА ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІД ВПЛИВОМ ФЕРОТЕРАПІЇ Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г.	195
КОРРЕЛЯЦІЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА І СУТОЧНОГО МОНИТОРИВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ДАВЛЕННЯ У БОЛЬНИХ С МЕТАБОЛІЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Рычак П. И., Леонидова В. И., Лешук И. В., Меженская Е. А.	196
ЛЕПТИН ЯК МАРКЕР ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА Савченко Л. В., Дігтяр Н. І., Герасименко Н. Д., Кайдашев І. П.	197
НЕКОТОРЫЕ ЭФФЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТКАНИ СЕРДЦА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ Самохина Л. М., Ломако В. В.	198
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНТОКСИКАЦИИ ТКАНЕЙ СЕРДЦА Самохина Л. М., Стародуб Н. Ф.	199
ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ Семидоцкая Ж. Д., Неффа М. Ю., Чернякова И. А.	200
ДИНАМІКА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ОЖИРІННЯМ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ ГЕНОТИПІВ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ 10 (IL-10, C-592A) Сердулець Ю. І., Федів О. І.	201
ВПЛИВ S-АМЛОДИПІНУ І НЕБІВОЛОЛУ В ПОЄДНАННІ З ЕНАЛАПРИЛОМ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, СУБКЛІНІЧНИХ УРАЖЕНЬ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Середюк В. Н., Вакалюк І. П., Середюк Н. М.	202
ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНУ РЕЦЕПТОРІВ, АКТИВУЮЧИХ ПРОЛІФЕРАЦІЮ ПЕРОКСИСОМ (PPAR _γ) У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Серік С. А., Комір І. Р., Сердобінська-Канівець Е. М., Рябуха В. В., Бондар Т. М.	203
ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ-А У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О., Кліменко Т. І.	204

УРОВНИ ЦИРКУЛІРУЮЩИХ МИКРО РНК-27a И -221 У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Серик С. А., Сердобинская-Канивец Э. Н., Рябуха В. В., Комир И. Р., Бондарь Т. Н.	205
ДІАГНОСТИЧНІ ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Петішко О. П.	206
ГЕНДЕРНІ ЗМІНИ СПЕКТРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ОБСТЕЖЕНИХ З ШЕМИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ІЗ ВРАХУВАННЯМ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PDE4D Сидоренко Г. В., Білоус Н. І., Абраменко І. В., Білий Д. О.	207
ВПЛИВ ТИПУ ДИСЛІПІДЕМІЇ НА ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Сипало А. О.	208
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У КОМБІНАЦІЇ З ФІБРАТАМИ І ОМЕГА-3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНИМИ ЖИРНИМИ КИСЛОТАМИ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Сипало А. О., Кравчун П. Г.	209
СОНОГРАФИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В УКРАИНЕ Скирда И. Ю., Петішко О. П., Гравировская Н. Г., Скороход Т. А.	210
ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА Слаба О. Р., Сорокопуд О. О., Беш О. М.	211
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПНЕВМОСКЛЕРОЗОМ Сливка В. И.	212
ПАРАМЕТРИ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ І НАЯВНІСТЮ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ І БЕЗ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ Снігурська І. О., Старченко Т. Г., Пенькова М. Ю., Мисниченко О. В., Каюмов У. К., Хасанова Х. Д.	213
КЛІНІЧНІ, АНТРОПОМЕТРИЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ГІПЕРТРОФІЄЮ СЕРЦЯ Старченко Т. Г., Божко В. В., Милославський Д. К., Дунаєвська М. М., Мисниченко О. В.	214
МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОЗВИТКУ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ Старченко Т. Г., Божко В. В., Юшко К. О., Пенькова М. Ю., Конькова В. С.	215
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПЕЧІНКОВОЇ ТА ПОЗАПЕЧІНКОВОЇ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Степанов Ю. М., Чалий М. В., Петішко О. П.	216

СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ Стойкевич М. В., Коненко І. С., Шевцова З. І.	217
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАНУ Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В.	218
НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ БІЛРУБІНУ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ФОРМАМИ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Стрільчук Л. М.	219
ВЛИЯНИЕ 2-ЭТИЛ-6-МЕТИЛ-ГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ Строенко Е. С., Хижняк А. А.	220
СТАН МІНЕРАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ХРОНІЧНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ Сула О. Б., Літовкіна З. І., Данилів С. В., Буштинська О. В.	221
ОБМІН ПРОСТАГЛАНДИНІВ У ХВОРИХ З КОМОРБИТНИМ ПЕРЕБИГОМ ВІБРАЦІЙНОЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Сухонос Н. К.	222
КОНЦЕНТРАЦІЯ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ТЛІ ТРИВАЛОСТІ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Табаченко О. С., Дроворуб В. О.	223
ВПЛИВ РІВНІВ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ЩОДО ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ НАДМІРНОЇ ВАГИ ТІЛА ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ОЖИРІННЯ Табаченко О. С., Нгуєн Тхі Лієн	224
ІМУННА СИСТЕМА У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ Татарчук О. М., Діденко В. І., Косенко Л. В.	225
СТАН ЦИТОКІНОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ Татарчук О. М., Діденко В. І., Кудрявцева В. Є., Ягмур В. Б., Меланіч С. Л.	226
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В.	227
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ТА ГЛЮКОМЕТАБОЛІЧНИХ І ІМУНОЗАПАЛЬНИХ КОМПОНТІВ У ХВОРИХ НА ІХС ТА ІХС У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Ткаченко О. В., Бондар Т. М., Ченчик Т. О., Горб Ю. Г.	228

БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ Тодоріко Л. Д., Сем'янів І. О.	229
ВОЗРАСТ- И ГЕНДЕРСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Топчий И. И., Самохина Л. М., Кириенко А. Н., Якименко Ю. С.	230
ВЛИЯНИЕ ЭПЛЕРЕНОНА НА УРОВНИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОФИБРОТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ Топчий И. И., Семеновых П. С., Гальчинская В. Ю., Якименко Ю. С., Щербань Т. Д.	231
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ Топчий И. И., Якименко Ю. С., Семеновых П. С., Гальчинская В. Ю., Самохина Л. М.	232
МАКРОМІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА VERRUCA VULGARIS У ПАЦІЄНТІВ З ДЕТЕКТОВАНИМ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ Торяник І. І.	233
СВИНЦЕВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ. ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОДНОГО ІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ Торяник І. І.	234
СУЧАСНІ ГЕПАТАРГІЇ ПАТОГЕНЕЗ ТА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ Торяник І. І.	235
КОМОРИДНОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ Фадеев Г. Д., Несен А. А., Крахмалова Е. О., Измайлова Е. В.	236
МІШЕНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ ДЛЯ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ Федченко В. Ю., Панько Т. В., Каленська Г. Ю., Семікіна О. Є.	237
КОРЕКЦІЯ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОДУКТІВ, ЩО МІСТЯТЬ СЕЛЕН, - ЗАПОРУКА ЗДОРОВОЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ Фейса С. В., Чопей І. В., Рудакова С. О.	238
ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ Філіпюк А. Л., Радченко О. М.	239
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНІВ Р-СЕЛЕКТИНУ ТА ГАЛЕКТИНУ-3 З ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ІХС Хвисюк М. О., Більченко О. В.	240
КАЛЬЦИФІКАЦІЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПРОФІЛАКТИКИ Хомазюк В. А.	241

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ГЕТЕРОВМІСТНИХ ЗРАЗКІВ ПОКРИТТІВ ІМПЛАНТІВ Христян Г. С., Казмірчук В. В., Торяник І. І., Іваннік В. Ю., Макаренко В. Д., Юдін І. П., Казмірчук В. В.	242
ІНТЕНСИВНІСТЬ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК Хухліна О. С., Антонів А. А., Кузьмінська О. Б., Коцюбійчук З. Я.	243
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБИ НИРОК І-ІІ СТАДІЇ Хухліна О. С., Антонів А. А., Кузьмінська О. Б., Коцюбійчук З. Я.	244
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ФІБРИНОЛІЗУ ТА ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Хухліна О. С., Дудка Т. В., Дудка І. В.	245
ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ З КОМОРБІДНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Хухліна О. С., Кузьмінська О. Б., Антонів А. А., Вовідка О. С.	246
ПЕРСПЕКТИВИ ПРИМЕНЕННЯ ГЛИЦЕРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТАКТНЫХ ОТМОРОЖЕНИЙ Чабаненко Е. А., Ковалев Г. А.	247
ЗНАЧЕННЯ ІРИСИНУ У РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ Шапаренко О. В.	248
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІРИСИНУ У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Шапаренко О. В.	249
ДИНАМІКА АДІПОКІНОВОГО ОБМІНУ ПІД ВПЛИВОМ РІЗНИХ ТИПІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ Шапаренко О. В., Кравчун П. Г.	250
ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА РАВИСОЛ В КОМПЛЕКНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Шапкин В. Е.	251
ФІЗИЧНЕ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я У ПАЦІЄНТІВ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТОНІЮ З КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.	252
ВПЛИВ ПІДВИЩЕНОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ ГЛЮКОЗИ НА МЕХАНІЧНУ СТІЙКІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ ЛЮДИНИ Шпакова Н. М., Ніпот О. С., Шапкіна О. О., Семіонова К. А., Орлова Н. В.	253

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ	
Штельмах В. А., Брынза М. С., Волков Д. Е., Мартимьянова Л. А.	254
ВИКОРИСТАННЯ СИЛДЕНАФІЛУ У КОРЕКЦІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ	
Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Дрогомерецька О. І., Попадинець І. Р., Штефюк Т. І., Сороката С. Б.	255
РІВЕНЬ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	
Шумко Г. І., Трефаненко І. В., Рева Т. В.	256
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМОВАНOSTІ СТУДЕНТІВ ПРО ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ	
Щербиніна М. Б., Гладун В. М.	257
АНГІОТЕНЗИН-(1-7) ТА РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Юшко К. О., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Снігурська І. О., Конькова В. С.	258
ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST	
Яременко О. Б., Іорданова Н. Х., Дудка П. Ф.	259
ДІАГНОСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ IgG4-ЗАЛЕЖНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ	
Яременко О. Б., Новосад Д. І., Петелицька Л. Б.	260
ПОДВІЙНА РЕНТГЕНІВСЬКА ДЕНСИТОМЕТРІЯ У ХВОРИХ ЗІ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: КОРЕЛЯЦІЯ ЗІ ЗМІНАМИ В САКРОІЛІАЛЬНИХ СУГЛОБАХ ТА АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ	
Яременко О. Б., Шинькарук Ю. Л., Федьков Д. Л.	261
КОМБІНОВАНИЙ ВПЛИВ ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНІВ PPAR- γ 2 (rs1801282) І ACE (rs4646994) НА ПОЯВУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ	
Яринич Ю. М., Сидорчук Л. П.	262
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛАКТОФОРУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СТАНУ КИШКІВНИКА У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	
Яцишин Р. І., Вишиванюк В. Ю., Скробач Н. В., Шаповал О. А., Попадинець І. Р.	263
PATHOGENIC LINKS OF PULMONARY HYPERTENSION WITH CONNECTIVE TISSUE METABOLISM AND REMODELING OF THE RIGHT HEART	
Dielievska V. Yu., Khilko M. S.	264
TO THE PATHOGENESIS OF TACHYCARDIA IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	
Dielievska V. Yu., Kravchun P. G.	265
RELATIONSHIPS OF THE LEFT ATRIUM DILATION WITH METABOLIC AND STRUCTURAL CHANGES OF THE HEART IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILATION	
Dielievska V. Yu., Kozhyn M. I.	266

DIAGNOSIS OF REPRODUCTIVE DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS IN OUTPATIENT SETTINGS Djuraeva D. L., Muminova N. Kh., Rakhmanova S. SH.	267
THE TREATMENT OF HYPOMENSTRUAL SYNDROME IN ADOLESCENT GIRLS Djuraeva D. L., Rakhmanova S. SH.	268
PECULIARITIES OF CLINICAL CURVE AND VISCERAL FAT TISSUE IN PATIENTS WITH NONAL-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE ON THE BACKGROUND OF METABOLIC SYNDROME Fadiejenco G. D., Kushnir I. E., Chernova V. M., Solomentseva T. A., Nikiforova Ya. V.	269
DEVELOPMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN STUDENT POPULATION: RISK FACTORS AND FEATURES OF TREATMENT Fadiejenco G. D., Nesen A. A., Babenko O. V.	270
ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DAMAGE TO THE HEART AND BLOOD VESSELS UNDER THE INFLUENCE OF RADIO FREQUENCY ELECTROMAGNETIC RADIATION IN THE EXPERIMENT Khamidova G. M., Kayumov U. K.	271
ECHOCARDIOGRAPHIC CHANGES DEPENDING ON THE STRATEGY OF THERAPY FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Kravchun P. G., Zolotaikina V. I.	272
PROGNOSTIC VALUE OF ST2 IN DIABETIC PATIENTS WITH HEART FAILURE AND PRESERVED EJECTION FRACTION Medentseva O. O., Rudyk I. S., Udovychenko M. M.	273
HYPERTENSION AND DIFFERENT PHENOTYPES OF OCCUPATIONAL CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE Melenevych A. Ya., Rushubiza L. K., Khalil K.	274
DYNAMIC FEATURES OF PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR TYPE 1 IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS Minukhina D. V.	275
THE ADVANTAGES OF PITAVASTATIN OVER ROSUVASTATIN FOR PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AND CORONARY HEART DISEASE Molotiagin D., Krapivko S., Mayorova M.	276
TOBACCO XENOBIOTICS RELEASE NITRIC OXIDE Popova T. M., Gorbach T. V., Tsygankova T. I.	277
STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF ERYTHROCYTES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE, COMBINED WITH ISCHEMIC HEART DISEASE Shuper S. V., Shuper V. O., Rikova Yu. O.	278
MODERN CONCEPTS OF THE ROLE OF PREBIOTICS, PROBIOTICS AND SYMBIOTICS IN THE PROPHYLAXIS OF OSTEOPOROSIS Zaichenko O. Ye., Panchenko G. Yu., Klimenko M. I., Zaichenko L. O.	279
PREDICTORS OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 DURING ONE YEAR AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Zaikina T. S., Babadjan V. D., Tsivenko V. N., Glibova O. V.	280

Комп'ютерна верстка: Грідасова Л. М., Дудар Л. О.

Адреса редколегії:

ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”
просп. Любові Малої, 2-а, м. Харків, 61039, Україна

E-mail: info@therapy.gov.ua

www.therapy.org.ua

Підписано до друку 10.04.2018 р. Формат 60x84 1/16.

Ум. друк. друк. арк. 23,07. Замовлення № С-03241.

Гарнітура Times New Roman. Наклад 80 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.