

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

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**«ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ:
ВНЕСОК МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ»**
присвяченої 25-річному ювілею НАМН України та Дню науки
24 травня 2018 року

Харків 2018

УДК: 61-084
В 33

Редакційна рада
Г.Д.Фадєєнко (голова)
О.В. Колеснікова (заступник голови)

Ю.Є. Харченко, О.Є. Гріднєв, К.В. Немальцова, Т.А. Лавренко

Відповідальний секретар: Ю.Є. Харченко

В 33 «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів»:
Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з
міжнародною участю присвяченої 25-річному ювілею НАМН України
та Дню науки
24 травня 2018 р./Ред. рада Г.Д. Фадєєнко (голова) та ін.;
НАМН України та ін.-Х., 2018.- 92 с.

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

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», 2018

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК ФАКТОР РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ З НЕКЛАПАННОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Антонюк Ю.В., Прудкий І.В.

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

Актуальність. Фібриляція передсердь (ФП) є найбільш поширеним видом аритмій. Причиною появи ФП вважають структурну та електрофізіологічну негомogenousність міокарда. Гіперурикемія є чинником формування негомogenousності міокарда, що призводить до появи та циркуляції хвиль microentry. Проте прогностична роль підвищеного рівня сечової кислоти (СК), як фактора ремоделювання міокарда недостатньо вивчена й потребує уточнень.

Мета роботи. Дослідити вплив підвищеного рівня сечової кислоти на ремоделювання міокарда у пацієнтів з неклапанною ФП.

Матеріали та методи. У ретроспективному дослідженні проаналізовано 63 історії хвороб стаціонарних хворих, які були госпіталізовані з причини вперше виявленої ФП. Всі хворі були розділені на дві групи: перша група (гіперурикемія) включала 34 пацієнта (середній вік $59,8 \pm 2,72$). Друга група (нормоурикемія) включала 29 пацієнтів (середній вік $55,3 \pm 2,32$). Для аналізу впливу підвищеного рівня сечової кислоти на ремоделювання міокарда в кожній з груп було оцінено показники трансторакальної ехокардіографії: передньо-задній діаметр лівого передсердя (ЛП), кінцево-систолический та кінцево-діастолічний розміри і об'єми (КДР, КСР, КДО, КСО), індекси (КДІ, КСІ), ударний об'єм (УО), фракцію викиду (ФВ) ЛШ, товщину задньої стінки (ЗС ЛШ), міжшлуночкової перегородки (МШП). Також було розраховано відносну товщину стінки лівого шлуночка (ВТС ЛШ) за формулою A.Ganau:

Результати. Пацієнти з підвищеним рівнем СК (група I) в порівнянні з пацієнтами зі нормальним рівнем СК (група II) мають більший розмір ЛП ($4,3 \pm 0,34$ см vs $3,8 \pm 0,23$ см, $p < 0,05$). Для пацієнтів з гіперурикемією (група I) порівняно з пацієнтами з нормоурикемією (група II) характерна більша ВТС ЛШ ($0,44 \pm 0,02$ см vs $0,36 \pm 0,03$ см, $p < 0,05$) та вищий ІММ ЛШ для обох статей: $132,8 \pm 6,3$ vs $109,8 \pm 8,4$ для чоловіків; $117,7 \pm 4,9$ vs $103,9 \pm 5,1$ для жінок, $p < 0,05$.

Висновки. Отримані результати дають змогу зробити висновок про те, що у пацієнтів з неклапанною формою ФП підвищений рівень сечової кислоти призводить до дилатації ЛП та гіпертрофії міокарда ЛШ з подальшим формуванням структурної та електрофізіологічної негомogenousності міокарда. Тож гіперурикемія є предиктором структурно-морфологічних змін міокарда, що є фактором ризику появи ФП

СПЕКТР ВІРУСНИХ І БАКТЕРІАЛЬНИХ ЗБУДНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМИ НЕ ГОСПІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Багин Т.М., Дзюблик Я.О.

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ, Україна

Мета. Дослідження спектру вірусних і бактеріальних збудників у пацієнтів з гострими негоспітальними інфекціями нижніх дихальних шляхів (ГНІНДШ).

Предмет і методи. Назальні змиви 167 пацієнтів з ГНІНДШ (125 пацієнтів з негоспітальною пневмонією та 42 пацієнти з гострим бронхітом) підтверджені клініко-функціонально, інструментально (рентгенологічно) та лабораторно.

Лабораторна діагностика вірусних і бактеріальних інфекцій була проведена методом полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі (RCR-FRT). Були виявлені антигени 19 респіраторних вірусів і 7 бактеріальних патогенів.

Результати дослідження. Етіологічні збудники були виявлені у 86,8% хворих, вірусні патогени виявлені в 64.1 % випадків, бактеріальні в 22.8%, вірусно-бактеріальні асоціації виявлені в 13%. Найбільше етіологічне значення серед вірусних збудників мали– аденовірус в - 27.5% випадків, віруси грипу А і парагрипу в – 17.5% випадків, серед бактеріальних – *S. pneumoniae* – в 42,9 % випадків і культура *H.influenzae*- в 23%. Робота виконується за рахунок державного бюджету.

Висновки. Було встановлено, що на сезонні коливання, епідеміологічну ситуацію в регіоні, в період обстеження хворих мали вплив виявлені етіопатогени ГНІНДШ.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ПСОРІАТИЧНОГО АРТРИТУ

Біловол А.М., Татузян Є.Г., Овчаренко Л. В.

Кафедра дерматології, венерології та медичної косметології ХНМУ

Мета: оцінити значимість диференціальної та лабораторної діагностики для верифікації діагнозу псоріатичний артрит.

Матеріали та методи: загальний аналіз крові (ЗАК), біохімічний аналіз крові (БАК), дослідження на ревматоїдний фактор (РФ), загальний аналіз сечі (ЗАС), імунологічний аналіз, визначення HLA-B27 антигену, дослідження синовіальної рідини та ін.

У 34 хворих на псоріатичний артрит(ПА) було взято кров (ЗАК), сечу(ЗАС), синовіальну рідину. Після чого результати порівнювались з даними хворих на ревматоїдний артрит, подагру.

Результати: ЗАК: помірна нормохромна анемія, збільшення ШОЄ, можливий незначний нейтрофільний лейкоцитоз. Анемія при ПА така ж як при хронічних захворюваннях. Лейкопенія може бути ознакою токсичності ліків.

Визначення С-реактивного білка (СРБ) проводиться для оцінки активності запального процесу, ефективності проведеної терапії, прогресування захворювання. Оцінка рівня СРБ, має більше значення для стратифікації пацієнтів за ступенем кардіоваскулярного ризику.

ЗАС: зачасту буває нормальним, при ниркових ускладненнях - можлива протеїнурія. Важливим методом дослідження, який підтверджує діагноз ПА, є імунологічний аналіз, який виявляє антитіла HLA-CW6 та HLA-B27 (при ураженні хребта). Визначення антигенів системи HLA здійснюється комплемент-залежним лімфоцитотоксичним тестом або полімеразною ланцюговою реакцією.

Для проведення диференціальної діагностики з ревматоїдним артритом необхідно провести дослідження рівня антитіл до циклічного цитрулінового пептиду (АЦЦП). Підвищення титру АЦЦП є критерієм діагностики ревматоїдного артрити (РА).

Дослідження синовіальної рідини виконується для диференціальної діагностики ПА та подагричного артрити (лейкоцитоз вище 2000 в 1 мкл при наявності нейтрофілів більше ніж 50%). Не звертаючи уваги на гіперурикемію в синовіальній рідині кристали моноурату натрію не виявляються.

Позитивний результат визначення РФ є критерієм діагностики РА, а також маркером тяжкого ерозивного пошкодження суглобів.

Висновки: для постановки діагнозу псоріатичний артрит, окрім стандартного лабораторного дослідження, необхідно приділяти велике значення диференціальній діагностиці.

ВПЛИВ ЗБЕРІГАННЯ ПЛАЦЕНТИ ПРИ -20°C НА ЗДАТНІСТЬ ЇЇ ЕКСТРАКТІВ ЗНИЖУВАТИ ТЕРМОГЕМОЛІЗ ЕРИТРОЦИТІВ

Боброва О.М., Говорова Ю.С., Нарожний С.В.

*Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України,
м. Харків, Україна*

Плацента є джерелом ряду унікальних біологічно активних речовин, завдяки яким її екстракти мають імунорегулюючі, протизапальні, знеболюючі, регенеративні, нейропротекторні, протипухлинні та протиалергічні властивості. У клінічній практиці часто використовуються екстракти не зі свіжоотриманої, а з кріоконсервованої плаценти. Це дозволяє мати запас сировини для приготування екстракту і достатньо часу для його якісної перевірки. Зручним є зберігання плаценти у побутових морозильних камерах при -20°C , однак наявність рідкої фази у тканинах при таких умовах може призводити до зниження біологічної активності екстрактів плаценти. Оцінку протизапальних властивостей екстрактів *in vitro* можна провести досліджуючи їх вплив на термогемоліз еритроцитів.

Метою даної роботи було дослідити вплив строку зберігання плаценти при -20°C на здатність її екстрактів знижувати термогемоліз еритроцитів.

Зберігання плаценти здійснювали у морозильній камері при -20°C впродовж 3 або 6 місяців. Відігрів здійснювали на водяній бані при 37°C . Окремі фракції водно-сольових екстрактів плаценти одержували методом гель-хроматографії з використанням сефадекса G-100. Для дослідження термогемоліза еритроцити з цільної донорської крові тричі відмивали фізіологічним розчином, інкубували з екстрактами протягом 1 години і піддавали гіпертермії (55°C у регульованому термостаті) протягом 20 хв. Гемоліз оцінювали за виходом гемоглобіну шляхом вимірювання оптичної щільності в надосаді при 540 нм спектрофотометричним методом.

Проведені дослідження показали, що зберігання плаценти при -20°C протягом 3 місяців приводить до часткової втрати здатності екстрактів підвищувати термостійкість еритроцитів. При цьому спостерігається зниження проценту інгібування термогемолізу еритроцитів цільним екстрактом з $(18,2 \pm 1,8) \%$ для свіжоотриманої плаценти до $(15,4 \pm 2,1) \%$ для плаценти, що попередньо зберігалася при -20°C протягом 3 місяців. Фракція >150 кДа, отримана з ЕПЛ з плаценти, що зберігалася при -20°C протягом 3 місяців, повністю втрачає здатність інгібувати термогемоліз еритроцитів. Ефективність інших фракцій знижується, при цьому найменші зміни даного показника спостерігаються для фракцій 7-13 кДа - $(46,6 \pm 4,9) \%$ інгібування термогемолізу. Зберігання плаценти при -20°C протягом 6 місяців приводить до повної втрати ефективності екстракту з неї щодо підвищення термостійкості еритроцитів.

ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ З'ЄДНАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА МЕТОДОМ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.

Бойко М.А.

*Інститут стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика
Кафедра стоматології, м. Київ, Україна*

Актуальність: в залежності від об'єму та складності запланованого втручання, мобілізація та з'єднання слизової оболонки може займати немало часу, та викликати небажані ускладнення в пацієнта. Розробка нових методик гемостазу та з'єднання, нині є актуальним етапом у вирішенні даного питання.

Мета і завдання: оцінити вплив високочастотного електричного зварювання на слизову оболонку порожнини рота лабораторних тварин в експерименті.

Матеріали та методи: проведено експеримент на 4 середніх лабораторних тваринах різної статі (кролях) з застосуванням апарату контактного типу дії «ЕК-300М1» в режимі ручного зварювання для з'єднання країв хірургічної рани слизової оболонки порожнини рота.

Отримані результати та висновки: встановлено наявність невеликого об'єму карбонізованих тканин в ділянці контакту бранш біполярного інструменту з краями рани слизової оболонки, електричний вплив поверхневий, не поширюється в напрямку окістя. Об'єм утворення карбонізованих тканин пов'язаний з температурним режимом роботи апарату та тривалістю впливу на тканини. Чим триваліший процес зварювання слизової оболонки, тим швидше досягається надійний гемостаз, але разом з тим і збільшується об'єм карбонізованих тканин, що гальмує процеси регенерації та функції. Робота з апаратом є досить суб'єктивною. Дані невіршені питання зумовлюють потребу у подальшому продовженні дослідження.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІМУНОЗАПАЛЬНИХ ТА АДГЕЗИВНИХ ЕФЕКТІВ ОСТЕОПОНТИНУ ТА ТРОМБОСПОНДИНУ-2 У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯМ

Борзова-Коссе С.І.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

У сучасному світі вже протягом багатьох десятиліть одну з лідируючих позицій займає серцево-судинна патологія, а саме розвиток ішемічної хвороби серця. Особливу зацікавленість привертає проблема взаємозв'язків росту серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркту міокарда з накопиченням в популяції осіб, що страждають на ожиріння. Незалежний ефект ожиріння на серцево-судинну систему може бути пов'язаним з його впливом на функцію та структуру міокарда, яка певною мірою залежить від індексу абдомінального ожиріння.

Мета. Виявити кореляційні взаємозв'язки між антропометричними показниками, остеопонтином і тромбоспондином-2 у хворих з гострим інфарктом міокарда та ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 73 хворих з гострим інфарктом міокарду (ГІМ) з елевацією сегмента ST та ожирінням абдомінального типу у віці від 42 до 74 років. Хворих на ГІМ було розподілено на 2 підгрупи за медіаною (Me) рівня об'єму талії (ОТ), а саме: до першої підгрупи увійшли хворі з низьким значенням ОТ (нижче Me), до другої – хворі з високим значенням ОТ (вище Me). Для виявлення взаємин між показниками що вивчаються, було використано вивчення кореляційних зв'язків.

Результати. У хворих з ожирінням та ГІМ при рівні ОТ нижче Me, знайдено зв'язки прямого характеру середньої сили між остеопонтином (ОСП) та індексом маси тіла (ІМТ) ($r=0,68$; $p<0,05$). У хворих на ГІМ та ожиріння з рівнем ОТ вище Me як ОСП, так і тромбоспондин-2 (ТСП-2) мали сильні прямі зв'язки з ІМТ ($r=0,74$; $p<0,05$ та $r=0,83$; $p<0,05$ відповідно). Виявлений максимальний за силою зв'язок між ТСП-2 та ІМТ за умов ОТ більше Me (108 см) ($r=0,83$) вказує на існування впливу об'єму депозиту абдомінальної жирової тканини на гіперактивність ТСП-2, який деяким чином, навіть перевищував вплив самого існування ожиріння ($r=0,71$), визначеного за допомогою ІМТ.

Висновки. Отримані результати свідчать про зростання імунозапальних ефектів ОСП разом з високою активністю маркера адгезії ТСП-2 пропорційно як ступеня ожиріння, так і збільшення об'єму жирової тканини абдомінальної області.

ГАЛЕКТИН-3 ЯК МАРКЕР АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Боровик К.М., Риндіна Н.Г.,Ткаченко М.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи – вивчення стану артерій коронарного русла згідно сироваткового рівня галектину-3 у хворих на гострий інфаркт міокарда та ожиріння.

Матеріали та методи. Було обстежено 31 хворого на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та ожиріння I та II ступеня. Була проведена коронарорентрикулографія (КВГ) зі стентуванням інфаркт-залежної коронарної артерії протягом 12 годин від початку больового синдрому. Галектин-3 визначали за допомогою набору реагентів «Human Galectin-3» ELISA Kit (Китай) методом імуноферментного аналізу. Ступінь вираженості коронарного атеросклерозу за результатами КВГ визначалася за допомогою шкали Gensini.

Результати. Найбільш часте атеросклеротичне ураження було знайдено у правій міжшлуночкової артерії (ПМША) – 89 % випадків, 2 місце – права коронарна артерія (ПКА) - 59,3 %, близько половини хворих (48,1 %) мали ураження огинаючої артерії (ОА). Найбільша вразливість ПМША супроводжувалася наявністю найбільш високих середніх значень стенозів – 77,3 %, середнє значення стенозу ПКА склало 68,2 %. У 57,1 % випадків розвиток ГІМ був обумовлений оклюзією ПМША. Зростання концентрації галектину-3 до 23,48 – 41,42 нг/мл, асоціювалось зі збільшенням кількості уражених судин та сегментів разом з високими балами шкали Gensini.

Висновки. Зростання концентрації галектину-3 супроводжується паралельним збільшенням параметрів, що характеризують прогресування атеросклеротичного ураження артерій коронарного русла у хворих на гострий інфаркт міокарда на тлі супутнього ожиріння.

АСОЦІАЦІЯ ВІТРОНЕКТИНУ ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

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

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета. Визначити рівні та характер зв'язків вітронектина з індексом маси тіла у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) за наявності або відсутності абдомінального ожиріння.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 66 пацієнтів на ГІМ віком $72,43 \pm 0,78$ років. Першу групу склали 43 хворих із супутнім абдомінальним ожирінням, другу - 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 складав $35,47 \pm 0,62$ кг/м², тоді як у групі зіставлення ІМТ не перевищував $22,86 \pm 0,41$ 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 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. Було виявлено вірогідне зростання рівнів вітронектину сироватки крові на 25,92% у хворих на ГІМ та ожиріння, порівняно з хворими на ізольований ГІМ та на 48,35% у порівнянні з групою контролю. Щодо хворих на ГІМ без супутнього абдомінального 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 ГІМ без ожиріння.

Висновки. Зростання концентрації вітронектина, як нового гострофазового показника у хворих на гострий інфаркт міокарда стійко корелює зі зростанням індексу маси тіла, що свідчить про адипоцитарну регуляцію тромбоутворення в когорті пацієнтів з супутнім ожирінням в анамнезі.

ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ОСТЕОПОРОЗУ

Бородавко О.І.

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: оцінити взаємозв'язок оксидативного стресу (ОС) з мінеральною щільністю кісткової тканини (МЩКТ) у хворих з поєднаним перебігом цукрового діабету (ЦД) 2 типу та остеопорозу (ОП).

Матеріали і методи: обстежено 73 хворих на ЦД 2 типу. 1 групу склали 22 хворих на ЦД 2 типу, які мали нормальну МЩКТ, 2 групу - пацієнти з поєднаним перебігом ЦД 2 типу та остеопорозу (ОП). Середній вік та гендерний склад в групах достовірно не відрізнялися. Тривалість ЦД 2 типу становила $6,2 \pm 4,9$ років. Інтенсивність нітрозуючого стресу оцінювали за рівнем нітротирозину у сироватці крові, який досліджували імуноферментним методом на мікропланшетному фотометрі Immunochem-2100. Стан МЩКТ визначали за допомогою ультразвукового денситометра Omnisense 7000. Статистична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.0» (Stat Soft Inc, США).

У результаті виявлено, що у пацієнтів з коморбідним перебігом ЦД 2 типу та ОП рівень нітротирозину був у 1,7 разів вищим, у порівнянні з хворими з нормальною МЩКТ ($p < 0,05$). Вміст нітротирозину у пацієнтів з ЦД 2 типу асоціювався з показниками ультразвукової денситометрії, що підтверджено наявністю зворотного взаємозв'язку нітротирозину з Т-індексом фаланги ($r = -0,33$), Т-індексом променевої кістки ($r = -0,38$) ($p < 0,05$). Це свідчить про інтенсифікацію нітрозуючого стресу у пацієнтів з коморбідним перебігом ЦД 2 типу та ОП, та окреслює необхідність корекції ОС у даної категорії хворих.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЗСТОСОВАНОЇ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Босий Р.В., Ортеменка Є.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета: Ретроспективно проаналізувати особливості застосування базисної терапії у школярів, хворих на бронхіальну астму (БА).

Матеріали і методи її виконання. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 50 хворих на персистуючу БА, які тривало отримували базисну терапію інгалаційними глюкокортикостероїдами (ІГКС). Середній вік обстежених пацієнтів становив $13,8 \pm 0,5$ року. Серед когорти обстежених хворих 54% обстежених склали хлопчики. Усі обстежені хворіли на персистуючий перебіг захворювання, зокрема, БА середньої тяжкості траплялася у 46% випадків, а тяжка астма – у 54% хворих ($P > 0,05$).

Отримані результати. Аналіз отриманих даних показав, що середня тривалість БА в обстежених дітей становила 7,7 року, а середній стаж застосування ІГКС становив 5,6 року. З урахуванням еквівалентності дози отримуваного пацієнтами інгалаційного стероїду відносно флютиказону пропріонату, загальну когорту обстежених розподілили на 2 клінічні групи спостереження. Так, низькі або середні дози ІГКС (до 400 мкг на добу) тривало отримував 21 пацієнт (I клінічна група), а 29 хворих тривало застосовували середньо-високі або високі дози ІГКС (від 400 до 800 мкг на добу) для контролю БА (II клінічна група). Гендерних особливостей у групах порівняння не відмічалось (кількість пацієнтів чоловічої статі у I та II групах порівняння становила відповідно 57,1% та 51,7%, $P > 0,05$). Діти, яким призначали низькі та середні дози ІГКС вірогідно були молодшими (12,7 років) відносно пацієнтів II групи (14,6 років; $P < 0,05$). При цьому у II групі астма дебютувала у дошкільному віці (в середньому в 5,5 року), а у I групі порівняння – у шкільному віці (в 7,1 року; $P_f < 0,05$). Відповідно, у пацієнтів II групи БА персистувала майже вдвічі триваліше (9,2 року) відносно I групи (5,7 року; $P < 0,01$). Пацієнти II групи вірогідно довше (6,7 року) отримували середньо-високі або високі дози ІГКС відносно хворих I групи, які отримували низькі та середні дози ІГКС у середньому 4,2 року ($P < 0,05$). Слід зазначити, що на тяжку БА страждала переважна більшість (79,3%) пацієнтів II групи та лише 19,1% хворих ($P < 0,01$) I групи.

Висновки. Отримані дані, з урахуванням факту, що усі обстежені хворі страждали на середньотяжку або тяжку персистувальну БА, яка потребує призначення ІГКС в якості протизапальної терапії, свідчать про те, що з моменту верифікації діагнозу пацієнти не отримували адекватної базисної терапії в середньому щонайменш 2 роки. Призначення середньо-високих або високих доз ІГКС асоціювало з більш раннім (в дошкільному віці) дебютом БА та тривалою персистенцією хвороби, а також із тяжким перебігом захворювання.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Буряковская А.А., Вовченко М.Н.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМНУ»,
Украина, Харьков*

Целью настоящей работы было 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%. Группа контроля включила 18 пациентов без гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа. 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. Обследуемые в группе контроля имели лучшие показатели индекса массы тела, окружности талии и бедер, распределения жировой и мышечной ткани по сравнению с пациентами, страдающими гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа. У 44% обследованных пациентов артериальное давление не достигало целевых цифр и превышало 130/80 мм рт ст, не смотря на проводимую терапию согласно украинским и европейским стандартам. Факторы риска нарушений сна имели обследуемые в обеих группах, но пациенты с сочетанным течением гипертонической болезни и сахарным диабетом 2 типа имели погрешности в питании – прием пищи в ночное время. Согласно шкале Эпворта дневная сонливость у пациентов с сочетанным течением гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа составила 6,7 баллов, тогда как у контрольной группы здоровых добровольцев – 4,1 балл.

Выводы. Нарушения сна присутствовали в обеих группах обследуемых, но пациенты с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа достоверно отмечали большие трудности при засыпании и ранние пробуждения, а как следствие, среди дневных симптомов преобладали поведенческие проблемы: повышенная эмоциональность, раздражительность, частые перемены настроения.

ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ХОЗЛ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС

Гетман Е.А.

Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМНУ

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является не столько бронхо-легочным, сколько системным расстройством, которое связано с увеличением провоспалительных белков в системном кровообращении. Однако недостаточно данных о потенциальной роли системного воспаления при формировании легочной гипертензии, вторичной по отношению к ХОЗЛ. Таким образом, наша цель состояла в том, чтобы исследовать степень системного воспаления, отражающегося на уровне циркуляции интерлейкина-4 и интерлейкина (IL) -2 у пациентов с ХОЗЛ и ишемической болезнью сердца (ИБС) с легочной гипертензией и без нее.

Методы: у 121 исследованных пациентов с ХОЗЛ и ИБС в стабильном течении (средний возраст [M \pm -SD], 60,7 \pm 9,7 лет, средний показатель FEV₁, 46,2 \pm 18,1%), функция легких оценивалась с использованием спирографии; уровни давления легочной артерии (СДЛА) измеряли с помощью эхокардиографии. Уровни остеопонтина и IL-2 в сыворотке оценивали с помощью иммуноферментного анализа при помощи стандартных наборов реактивов. Легочная гипертензия присутствовала у 68 пациентов (1-группа) и отсутствовала у 53 (2-группа).

Результаты: У пациентов с легочной гипертензией уровни сывороточного ИЛ-2 и ИЛ-4 были значительно выше, чем у пациентов без ЛГ (медиана 8,3 пг/мл [от 25-го до 75-го квартиля, от 5,0 до 11,5 пг/мл] против 6,14 пг/мл [25-й-75-й квартили, от 0,0 до 10,0 пг/мл, p = 0,013] и медианна ИЛ-4 - 2,3 пг/мл [от 25-го до 75-го квартиля, от 1,65 до 2,9 пг/мл] против 2,5 пг/мл [от 25-го до 75-го квартиля, от 1,75 до 3,05 пг/мл], p = 0,68, соответственно). Никаких значимых различий в сыворотке противовоспалительного ИЛ-4 между группами не обнаружено.

Выводы: увеличение СДЛА у пациентов с ХОЗЛ связано с более высокими уровнями ИЛ-2 в крови и не зависит от уровня ИЛ-4, что повышает вероятность патогенетической роли системного воспаления в патогенезе легочной гипертензии у пациентов с ХОЗЛ и ИБС.

РОЛЬ БІОМАРКЕРУ МІОКАРДАЛЬНОГО СТРЕСУ sST2 У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Гільова Я. В.

*ДУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМНУ»,
Харків, Україна*

Не дивлячись на досягнуті успіхи в терапії гострого інфаркту міокарда (ГІМ) та впровадження інвазивних методів лікування, смертність від нього залишається досить високою, а госпітальна смертність досягає 6-14%.

Метою даної роботи є вивчити асоціації sST2 з клініко-анамнестичними, морфофункціональними та біохімічними чинниками, що можуть впливати на перебіг ГІМ та післяінфарктного періоду.

Методи. Обстежено 103 пацієнта на ГІМ, 75 (72,8%) чоловіків та 28 (27,2%) жінок, у середньому віці ($61,85 \pm 12,23$) років. Дослідження sST2 проводили імуноферментним методом з використанням набору реактивів «Presage ST2 Assay», Critical Diagnostics, США.

Результати дослідження. Більш високий рівень sST2 був виявлений у жінок ($p=0,04$), значно більший його рівень виявлено у жінок віком до 60 років, ніж у чоловіків того ж віку ($p=0,031$). Відсутність значущих відмінностей в рівнях sST2 у чоловіків і жінок старше 60 років ($p=0,671$) вирівнює обидві статі в схильності до серцевого ремоделювання. У пацієнтів зі зниженою швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) менше 60 мл/хв/1,73 м², виявлено достовірно вищий рівень sST2 ($p=0,024$), позитивний кореляційний зв'язок між рівнем sST2 та рівнем креатиніну крові ($r=0,37$, $P=0,001$), а також негативний кореляційний зв'язок між sST2 та ШКФ ($r=-0,35$, $P=0,0001$). Виявлено також позитивний кореляційний зв'язок між рівнем sST2 та віком ($r=0,27$, $P=0,007$), розміром лівого передсердя ($r=0,27$, $P=0,01$), кінцево-сistolічним об'ємом ($r=0,35$, $P=0,001$), кінцево-діаistolічним розміром ($r=0,24$, $P=0,02$), кінцево-сistolічним розміром ($r=0,33$, $P=0,001$), та негативний кореляційний зв'язок з систолічним артеріальним тиском ($r=-0,25$, $P=0,009$), діаistolічним артеріальним тиском ($r=-0,20$, $P=0,04$), фракцією викиду лівого шлуночка ($r=-0,36$, $P=0,0001$).

Висновки. Позитивний кореляційний зв'язок sST2 з показниками кардіогемодинаміки свідчить про наявність раннього ремоделювання міокарда лівого шлуночка. Підвищення рівня sST2 у жінок, що перенесли ГІМпСТ, підтверджує їх більшу вразливість до ішемічного пошкодження. Наявність асоціації sST2 у хворих з ГІМпСТ та порушенням функції нирок відображує їх ушкодження в гострому періоді ГІМпСТ.

ВПЛИВ АЗИТРОМІЦИНУ НА АДГЕЗІЮ *STAPHYLOCOCCUS* SPP. ДО ЕРИТРОЦИТІВ

Гринчук Н.І.

«Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ,
Україна

Адгезія мікроорганізмів до біотичної чи абіотичної поверхонь є початковим етапом формування біоплівки. Бактеріальні клітини у складі мікробних угруповань характеризуються високою патогенністю та стійкістю до антибіотиків, що створює великі труднощі при лікуванні та може призвести до хронізації інфекційних захворювань. Адгезивність є одним з показником патогенності мікроорганізмів, що дозволяє бактеріям колонізувати тканини та органи макроорганізму.

Мета роботи – визначити вплив азитроміцину на адгезивність *Staphylococcus* spp. до біотичної поверхні.

Дослідження проведені з використанням клінічних штамів *S. aureus* 222 та *S. epidermidis* 2265, виділених від пацієнтів з гнійно-запальними процесами. Здатність стафілококів до адгезії визначали за методикою Бріліса (1989) з визначенням індексу адгезивності мікроорганізмів (ІАМ) з використанням нативних еритроцитів людини О (І) групи Rh (+). Антибіотик досліджували в концентрації 0,5 та 5,0 МІК.

При визначенні адгезивності штамів мікроорганізмів встановлено, що штам *S. aureus* 222 характеризується сильноадгезивними (ІАМ – 5,1), *S. epidermidis* 2265 – середньоадгезивними (3,6) властивостями. Дослідження показали, що азитроміцин дозозалежно зменшує адгезивність *S. aureus* 222. Так, при дії азитроміцину у субінгібуючій концентрації індекс адгезивності клітин зменшується до 4,2, у концентрації 5,0 МІК – до 3,9. Отримані дані свідчать, що макролідний антибіотик у досліджуваних концентраціях не впливає на адгезивні властивості золотистого стафілококу. При дослідженні впливу азитроміцину на *S. epidermidis* 2265 встановлено, що за умови впливу антибіотика у концентрації 0,5 МІК спостерігається низька адгезивна здатність тест-мікроорганізмів до біотичної поверхні, здатність клітин прикріплюватися до поверхні еритроцитів знижується у порівнянні з контролем (до 2,5). Проте при підвищенні концентрації антибіотика до 5,0 МІК індекс адгезивності епідермального стафілокока не відрізняється від такого контролю.

Таким чином, результати експериментів показали, що досліджувані тест-штами *S. aureus* 222 та *S. epidermidis* 2265 проявляють адгезивність до еритроцитів. Азитроміцин здатен пригнічувати адгезію *Staphylococcus* spp. до біотичної поверхні, що залежить від концентрації антибіотика та від тест-штаму мікроорганізмів. Отримані дані свідчать про доцільність застосування азитроміцину при стафілококових інфекціях, завдяки його здатності впливати на колонізацію тканин організму та перебіг інфекційного процесу.

ВИКОРИСТАННЯ НИЗЬКИХ ДОЗ КОЛХІЦИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Гриценко М.В.

Одеський національний медичний університет, м Одеса, Україна

Мета: оптимізація лікування хворих на подагру в поєднанні з метаболічним синдромом (МС).

Завдання: Дослідити особливості перебігу подагричного артриту у хворих з метаболічним синдромом; оцінити вираженість запального процесу (синовіїту) та стан суглобового хряща за даними УЗД та рентгенографії у пацієнтів з подагрою в поєднанні з МС; оцінити вплив малих доз колхіцину на перебіг захворювання.

Матеріали та методи: нами було сформовано 2 групи спостереження: основна – 30 пацієнтів з подагрою та наявним МС, контрольна – 30 пацієнтів з подагрою без ознак МС. Всім було проведено загальний аналіз крові та сечі, біохімічні аналізи крові (СРБ, фібриноген, серомукоїди, сечова кислота (СК), рентгенограма та УЗД суглобів, оцінка больового синдрому за шкалою ВАШ. Пацієнтів основної групи за схемами лікування у міжнападний період було розподілено на 2 групи по 15 пацієнтів. Одній з них було призначено низькі дози колхіцину (по 0,5 мг на добу) в поєднанні з алопуринолом (200 мг на добу з титруванням дози за потребою) на 6 місяців, з повтором курсу через 4 місяці, а другій групі тільки алопуринол (200 мг на добу з титруванням дози за потребою).

Результати: У пацієнтів з подагрою та МС спостерігався більш тяжкий перебіг подагричного артриту: частота та тривалість нападів була більша порівняно з групою без МС, більша кількість уражених суглобів 7,0 проти 4,0, частіше виникали ознаки синовіїту та більш значущими були зміни висоти суглобових хрящів за даними рентгену. Рівень СК у сироватці у основній групі був значно більшим, ніж у контрольній (0,503 ммоль/л та 0,450 ммоль/л відповідно ($p < 0,003$), також гострофазові показники запалення (СРБ, фібриноген, серомукоїди) свідчили про більшу інтенсивність запального процесу, ніж у групі контролю. Підшкірні тофуси були наявні у 65% пацієнтів з МС і у 42% без МС. Після проведеного лікування позитивна динаміка з боку клінічних та біохімічних показників була більш значущою у групі спостереження пацієнтів, які приймали низькі дози колхіцину в поєднанні з алопуринолом.

Висновки: Наявність коморбідної патології у вигляді МС у пацієнтів з подагрою негативно впливає на розвиток останньої, що проявляється у збільшенні частоти і тривалості нападів подагри, більш активними проявами запального процесу. Доповнення урикозуричної терапії низькими дозами колхіцину на протязі тривалого часу (6 міс.) дозволяє ефективніше контролювати перебіг захворювання та домагатися більш стійкої ремісії.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: ІЛЮЗІЯ ТА СПОДІВАННЯ

Гущук І.В., Драб Р.Р., Гущук В.І.

Кафедра громадського здоров'я Національного університету «Острозька академія», м. Острог, Україна

В останні роки, під гаслом реформи медичної галузі відбувається знищення радянської моделі охорони здоров'я т.зв. «системи Семашко», яка, за визнанням ВООЗ, мала одну із найкраще організованих систем профілактичної медицини.

При цьому, незважаючи на неодноразові заяви, до тепер в Україні немає затвердженої Концепції, Стратегії та Плану впровадження реформи національної системи охорони здоров'я (СОЗ). Натомість існуюча СОЗ зосереджує свою увагу переважно на лікуванні і майже не приділяє уваги профілактиці хвороб. Майже дві третини ресурсів охорони здоров'я в Україні витрачається на стаціонарну медичну допомогу. Фактично зруйнована система профілактичної медицини не дає змоги адекватно реагувати на шкідливий вплив факторів середовища життєдіяльності людини та призводить до погіршення стану здоров'я на індивідуальному та популяційному рівні. Збільшення частоти виникнення групових інфекційних захворювань серед населення з водним та харчовим шляхом передачі свідчить про погіршення санітарно-епідемічної ситуації.

Окрім цього, нераціональне харчування, споживання неякісної питної води, масове нехтування заняттями фізичною культурою і спортом, пияцтво, тютюнопаління та інші шкідливі звички для багатьох українців є нормою життя, що вказує на відсутність усвідомленого ставлення громадян до необхідності ведення здорового способу життя

Нам необхідно, в найкоротші терміни, розбудувати з використанням найкращих світових практик нову національну СОЗ стержнем якої будуть конституційні вимоги, в яких вказується, що людина, її життя і здоров'я, визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Такі вимоги повинні бути реалізовані в площині міжгалузевого та міжсекторального партнерства між владою та громадянським суспільством за принципом *“Охорона здоров'я в усіх політиках держави”*.

Впровадження цього загальнонаціонального принципу передбачає визнання пріоритетності безпеки у питаннях життя і здоров'я людини, безпечного середовища її життєдіяльності перед будь-якими іншими інтересами і цілями у сфері господарської діяльності, на всіх рівнях управління; розвиток суспільства на засадах сталого (збалансованого) розвитку. На нашу думку, вказаний принцип стане тим засадничим фундаментом, який ляже в основу розбудови нової національної системи охорони здоров'я з найкращими світовими та вітчизняними здобутками профілактичної медицини.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ТА АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ, ОБУМОВЛЕНУ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Дарій І.В.

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України»*

Мета: визначення особливостей когнітивних та афективних порушень у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) з та без метаболічного синдрому (МС).

Завдання: вивчити клініко-неврологічні особливості, стан когнітивних та афективних порушень у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію з та без метаболічного синдрому.

Матеріали та методи. Нами було досліджено 33 хворих, які були поділені на 2 групи: 1-у групу склали 20 хворих на ДЕ з МС, 2-у групу - 13 хворих з ознаками дисциркуляторної енцефалопатії та без метаболічного синдрому. Всі пацієнти проходили обстеження та лікування у ДУ «ІНПН НАМН України». Для оцінки когнітивних функцій та афективних порушень нами були використані наступні клінічні шкали та тестування: МоСА, FAB, HADS, PHQ-9, Бека, Спілбергера-Ханіна, таблиці Шульте. Показники визначалися на 1-2 добу та на 12-14 добу після лікування.

Результати дослідження. Було виявлено, що у групі хворих на ДЕ, обумовлену метаболічним синдромом, порівняно з хворими на ДЕ без метаболічного синдрому були найбільш вираженні відхилення когнітивних показників: середні показники за шкалами МоСА та FAB були нижче на 13,2%; тривожний синдром за шкалою HADS був вищим на 14,3%, за шкалою Спілбергера-Ханіна – на 12,4%; депресивний синдром за шкалою HADS у групі хворих на ДЕ, обумовлену МС, був вищим на 15,7%, за шкалою Бека- на 12,1%.

Висновки. Таким чином, у групі хворих на ДЕ, обумовлену МС, порівняно з хворими на ДЕ без МС були більш вираженні когнітивні порушення, а також частіше зустрічалися та були більш вираженими тривожний та депресивний синдроми.

КОРЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Дудка І.В., Дудка Т.В.

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

Мета. Вивчення впливу комплексної терапії із включенням інгібітора іNOS протиоксидантної та антигіпоксантної дії гінкго білоба на клінічний перебіг ГЕРХ на тлі ХОЗЛ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 60 хворих на ХОЗЛ (GOLD II, B), у тому числі 28 пацієнтів із ендоскопічно негативною ГЕРХ, 32 – із ендоскопічно позитивною ГЕРХ. Для порівняння результатів лікування були сформовані 2 групи хворих, однорідні за віком, статтю, поширеністю змін слизової оболонки стравоходу. Перша група (1, контрольна) – 30 осіб, отримували інгаляційну терапію беродуалом по 1 дозі 1 р/д, ентерально рабепразол по 20 мг 2 р/д упродовж 30 днів. Друга група (2, основна) – 30 осіб, крім базисної інгаляційної терапії беродуалом по 1 дозі 1 р/д та рабепразолом по 20 мг 2 р/д, отримували гінкго білоба по 40 мг 3 р/д упродовж 30 днів.

Результати дослідження. Визначення вегетативного гомеостазу показало, що у 86,7% пацієнтів 2-ї групи та лише у 53,3% 1-ї групи після проведеного лікування реєстрували ейтонію, що на 33,4% менше, ніж в основній групі.

Кількість епізодів гастроєзофагеальних рефлюксів (ГЕР) за добу у основній групі знизилась у 2,8 раза в порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$), епізоди ГЕР, тривалістю більше 5 хв., у пацієнтів основної групи взагалі не реєструвалися на відміну від пацієнтів групи контролю, де даний симптом спостерігався у 3,7% пацієнтів ($p < 0,05$). Загальна тривалість експозиції кислоти в стравоході у пацієнтів 2-ї групи також була вірогідно меншою (у 2,7 раза ($p < 0,05$)) від показників у групі контролю із фактичною нормалізацією показника.

Наведені вище дані підтверджують також результати ендоскопічного дослідження слизової оболонки стравоходу: у пацієнтів групи контролю частка ЕН ГЕРХ зросла на 36,7% ($p < 0,05$), а у пацієнтів основної групи – на 56,7% ($p < 0,05$), тобто різниця ефективності склала 20,0% ($p < 0,05$).

При дослідженні функції зовнішнього дихання показник $ОФВ_1$ після лікування у хворих 1-ї групи зріс на 17,5% ($p < 0,05$), у той час, як у хворих 2-ї групи – на 29,4% ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$).

Висновки. Запропонований спосіб патогенетичного лікування хворих на ГЕРХ, асоційовану з ХОЗЛ, із використанням інгаляційної терапії беродуалом, застосування рабепразолу, з додаванням гінкго білоба, дозволяє не лише істотно знизити ступінь бронхообструктивного синдрому, а й усунути клінічні, рН-метричні та ендоскопічні ознаки ГЕРХ.

ЗМІНИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q - ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ ПОРУЖЕННЯ ФЕГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Леонідова В.І., Глебова О.В.

Харківський національний медичний університет.

Мета. Встановити відмінності порушень кардіогемодинаміки у хворих на гострий Q- позитивний інфаркт міокарду (ГІМ) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2 тип) та у хворих на ГІМ без порушень вуглеводного обміну.

Матеріали та методи. Обстежено 84 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ). З них ЦД 2 типу спостерігався у 44 хворих, ці хворі склали І групу спостереження. 40 хворих не мали порушень вуглеводного обміну і були включені до ІІ групи. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Усім хворим було проведено ультразвукове дослідження міокарду.

Результати. Виявлено, що у хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST в поєднанні із ЦД 2-го типу має місце збільшення основних розмірів та об'ємів лівого шлуночка порівняно з хворими на ГІМ без порушення вуглеводного обміну, а саме: КСР ($4,63 \pm 0,12$ см та $4,23 \pm 0,12$ см відповідно; $p < 0,05$); КДР ($5,73 \pm 0,12$ см; $5,30 \pm 0,12$ см відповідно; $p > 0,05$); КСО ($89,07 \pm 4,87$ мл; $87,82 \pm 6,54$ мл відповідно; $p > 0,05$); КДО ($146,36 \pm 6,25$ мл; $138,54 \pm 7,53$ мл, відповідно; $p > 0,05$). Встановлено значне зниження фракції викиду лівого шлуночка та ударного об'єму у хворих на гострий інфаркт міокарда з ЦД 2 типу, порівняно з хворими на ГІМ без ЦД ($40,02 \pm 1,15\%$; $36,85 \pm 1,30\%$; відповідно; $p > 0,05$) через виключення ділянки некрозу з процесу скорочення.

Висновки. В результаті дослідження було виявлено достовірне збільшення КСО, КДО, зменшення фракції викиду та ударного об'єму лівого шлуночка у хворих на гострий Q- позитивний інфаркт міокарду свідчить про наявність проявів систолічної та діастолічної серцевої недостатності у зв'язку з відсутністю здатності до скорочення в ділянках некротизованного міокарду, та не встановили статистичних розбіжностей в цих показниках між хворими на гострий Q- позитивний інфаркт міокарду в залежності від наявності або відсутності супутнього цукрового діабету 2-го типу.

ВПЛИВ ТАКТИКИ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ УХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q- ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ ПРИ НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ ПРОТЯГОМ 6 МІСЯЦІВ

Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Цівенко В.М., Сапричова Л.В.
Харківський національний медичний університет.

Мета. Проаналізувати частоту розвитку ускладнень у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 тип) протягом 3 місяців спостереження в залежності від обраної тактики реперфузійної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 84 хворих на ГІМ та ЦД 2 тип. З них 35 хворих було проведено фібринолітичну терапію, ці хворі склали І групу спостереження. 49 хворим фібринолітична терапія не проводилась та вони були включені до ІІ групи. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Було проведено порівняльний аналіз частоти виникнення ускладнень у хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST та супутнім ЦД 2-го типу в залежності від того, проводилася їм фібринолітична терапія або ні.

Результати. Виявлено, що у хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST в поєднанні із ЦД 2-го типу має місце достовірне збільшення частоти розвитку ускладнень у хворих на гострий інфаркт міокарда протягом 6 місяців спостереження в залежності від обраної тактики реперфузійної терапії виявлено, що у хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім цукровим діабетом 2-го типу, яким було проведено фібринолітичну терапію, ускладнення реєструвалися достовірно рідше, ніж у хворих, яким фібриноліз проведено не було (80% та 89,6% відповідно; $p < 0,05$).

Висновки. В результаті дослідження було виявлено достовірне збільшення частоти реєстрації ускладнень протягом 6 місяців спостереження у хворих на гострий Q- позитивний інфаркт міокарду при наявності супутнього цукрового діабету 2-го типу, яким фібринолітична терапія не проводилась.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС ТА ЦД 2 ТИПУ НА ТЛІ ДОДАТКОВОГО ВИКОРИСТАННЯ ОМЕГА-3 ПНЖК

Івчина Н.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна.

Мета дослідження: оцінити зміни показників ліпідного комплексу крові у пацієнтів із ішемічною хворобою серця (ІХС) та цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2 типу), після реваскуляризації коронарних судин із імплантацією одного і більше стентів в одну чи більше коронарні судини.

Матеріали та методи: 101 пацієнт (46 - основна група (ОГ), 55 – група порівняння (ГП)) із ІХС. Пацієнти ОГ додатково до стандартної терапії отримували 1 г/добу омега-3 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК). Було досліджено показники ліпідного комплексу крові: загальний холестерин, (ЗХ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ), індекс атерогенності (ІА), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ), на початку та через 6 місяців спостереження.

Результати: пацієнти ОГ без ЦД 2 типу (36), на початку дослідження мали кращі рівні всіх показників ліпідного обміну, що досліджувались. Достовірну відмінність склали показники рівня ТГ - ($1,42 \pm 0,61$) ммоль/л проти ($1,93 \pm 1,04$) ммоль/л у пацієнтів із ЦД 2 типу (10) ($p = 0,055$) та рівня ЛПДНЩ – ($0,67 \pm 0,28$) ммоль/л ($p = 0,035$) проти ($1,02 \pm 0,85$) ммоль/л у пацієнтів із ЦД 2 типу. У пацієнтів ГП на початку дослідження серед пацієнтів, що не мали ЦД 2 типу (43), відзначались кращі середні рівні за показниками ЗХ, ЛПНЩ, ІА, ТГ та ЛПДНЩ. Пацієнти без ЦД 2 типу мали рівень ЛПВЩ ($1,22 \pm 0,26$) ммоль/л проти ($1,37 \pm 0,35$) ммоль/л у пацієнтів із ЦД 2 типу (12) ($p = 0,087$).

На фоні додаткового використання 1 г омега-3 ПНЖК у пацієнтів ОГ із ЦД 2 типу впродовж 6 місяців отримано зменшення показників: ЗХ на 7,1%, $p = 0,227$, ЛПНЩ на 13,4%, $p = 0,145$, ІА на 8,5%, $p = 0,227$, ТГ на 9,4%, $p = 0,271$. ЛПВЩ у пацієнтів ОГ із ЦД 2 типу та пацієнтів ГП зменшився на 5,4 %, $p = 0,243$ та 8,0%, $p = 0,213$ відповідно. У пацієнтів без ЦД 2 типу ЛПВЩ збільшився 3,3%, $p = 0,33$ та 9,8%, $p = 0,008$ відповідно.

Висновки: для досягнення цільових рівнів ліпідів, пацієнти з ІХС та ЦД 2 типу потребують більш агресивних доз статинів разом із омега – 3 ПНЖК.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІВЧАТ 17 – 22 РОКІВ

Калиниченко Д. О.

*Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка,
КЗ Сумської обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр»,
м. Суми, Україна*

Мета: вивчити особливості формування репродуктивної поведінки (РП) дівчат 17 – 22 років. Завданнями дослідження були: оцінити соціально-гігієнічні умови життєдіяльності, сформованість РП дівчат-студенток 17 – 22 років з використанням соціологічного методу дослідження. Встановлено, що 87,7% дівчат 17 – 22 років мають позитивну установку на створення сім'ї у форматі офіційного шлюбу, більшість вважає оптимальним віком для заміжжя період 22 – 25 років.

Проте загально визнано, що низький рівень гігієнічних знань та інформованості з питань репродуктивного здоров'я (РЗ) сприяє трансформації РП молоді. Зокрема середній вік початку статевого життя у дівчат – студенток, які не знаходяться у шлюбі, становить $17,21 \pm 0,11$ рока. Мінімальний вік початку статевого життя, який вказали респонденти, для дівчат міст становив 13 років, для жительок сіл – 16 років, що свідчить про більшу тенденцію збереження у сільській місцевості значимості шлюбних відносин. Про наявність сексуального досвіду вказали 66,37% дівчат, серед них жительки сільських поселень становили 28,15%, районних центрів – 34,33%, обласних центрів – 37,52% опитаних. Дебют сексуальної активності припадає максимально на віковий діапазон 17 – 18 років (34,57%) і 15 – 16 років (19,15%) з мінімальною питомою вагою груп «19 – 20 років» (7,68%), «13 – 14 років» (2,13%), «після 20 років» (1,60%) та «до 13 років» (0,53%). Для обґрунтування негативного впливу на РЗ ранньої та безладної сексуальної поведінки було проаналізовано патологічну ураженість дівчат на хвороби репродуктивної системи (РС) залежно від кількості статевих партнерів. За даними опитування у 31,71% студенток, які мали в анамнезі випадкові статеві зв'язки, існують хвороби РС; з кількістю сексуальних партнерів від 2 до 5, групу диспансерного спостереження склали 25,15% опитаних, із одним – 18,92% студенток. У дівчат, які живуть статевим життям, більша тривалість менструальної фази (15,66%), збільшені крововтрати (10,84%), порівняно з іншою групою (11,54% та 7,69% відповідно). Оцінка інформованості студенток про засоби контрацепції свідчать, що постійно їх застосовують 43,62% опитаних у групі сексуально активних студенток, 17,55% - інколи, а 2,66% студенток – ніколи не використовують.

Таким чином отримані результати дослідження можуть бути використані фахівцями перинатальних центрів, «Клінік, дружніх до молоді», під час планування роботи щодо формування сексуальної культури молоді.

АВТОНОМНІ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Катеренчук О.І., Ждан В.М.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,
Україна*

Розвиток пневмонії у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) зазвичай розцінюється як наслідок приєднання інфекційного фактору, що неодмінно спонукає до призначення антибактеріальної терапії. Водночас, інфекційний чинник не варто розглядати як єдине пояснення розвитку пневмонії. Вегетативна дисфункція, що є неодмінним супутником ХСН, здатна виступати ключовим фактором виникнення симпатичних та вагусних пневмоній. За своєю суттю вегетативно-обумовлені пневмонії виникають в неуразжених інфекційним факторами зонах легені (-ь) внаслідок вегетативної дисфункції на центральному та периферичному рівнях. Вегетативний дисбаланс призводить до розвитку асептичного, малочутливого до антибіотикотерапії запалення, хоча також здатен через механізми імуносупресії призвести до приєднання і інфекції.

Згідно наших спостережень клінічна картина при вегетативних (не-інфекційних) пневмоніях характеризується: 1) тривалою відсутністю підвищення температури тіла або ж її субфебрильними цифрами; 2) тривалою відсутністю продуктивного кашлю; 3) переважно крупозним характером на рентгенографії та відсутністю достатньої відповіді на антибіотикотерапію.

В нашому дослідженні патогенетичний характер симпатичної пневмонії встановлювався на підставі відповідної клінічної картини, рентгенографічного підтвердження та наявності виразної вегетативної дисфункції за даними аналізу варіабельності серцевого ритму. Розвиток автономних пневмоній виникав частіше у пацієнтів з прогресуючим набряковим синдромом, зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка та відсутністю ефективного контролю за частотою серцевих скорочень та водним балансом. До інших факторів варто віднести цукровий діабет і знижену функцію нирок (кардіоренальний синдром).

Відповідно, в лікуванні автономних пневмоній особливої ваги набувають заходи з нормалізації вегетативної регуляції: ретельний контроль водного балансу (обсяг вживання рідини, адекватна діуретична терапія), призначення бета-блокаторів в цільових дозах, протизапальна терапія, корекція синдрому сонних апное та інструментальні методики відновлення вегетативної рівноваги (стимуляція каротид, ренальна денервація, психовегетативні тренування). До призначення антибактеріальної терапії, в т.ч. профілактично, за даних умов необхідно ставитись виважено.

СРАВНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Колесникова Е.В.¹, Радченко А.О.^{1,2}

¹ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина

²Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель: оценить различия между биологическим возрастом (БВ) и антропометрическими показателями у пациентов с очень высоким, высоким и умеренным/низким кардиоваскулярным риском (КВР).

Материалы и методы. В данное исследование был включен 81 пациент, средний возраст $52,05 \pm 8,87$ лет, женщины составили 58 %, мужчины – 42 %. Всем лицам определили суммарный КВР, на основании которого пациенты были разделены на три группы: группу сравнения (I) составили пациенты ($n=29$) с низким или умеренным КВР; группу (II) с высоким риском ($n=20$); с очень высоким (III) ($n=32$). Биологический возраст определяли согласно методике А. Г. Горелкина и Б. Б. Пинхасова. Данные представлены в виде $Me (LQ;UQ)$, где медиана (Me) – центральное значение признака в выборке, LQ – нижний квартиль распределения, UQ – верхний квартиль.

Результаты. Статистически значимое отличие антропометрических показателей в сравнении с пациентами группы I выявлено как в группе II, так и III по всем показателям, кроме роста: вес - 70,97 (62,0; 80,0) кг в группе I, 84,48 (72,0; 96,5) кг в группе II ($p=0,002$), 88,69 (75,5; 102,0) кг в группе III ($p=0,000$); индекс массы тела (ИМТ) - 25,37 (22,1; 27,69) кг/м², 29,23 (27,24; 31,4) кг/м² ($p=0,002$), 31,19 (27,32; 34,82) кг/м² ($p=0,000$); окружность талии (ОТ) - 85,67 (75,0; 94,0) см, 96,85 (89,25; 103,0) см ($p=0,002$), 105,8 (96,0; 113,75) см ($p=0,000$); окружность бедер (ОБ) - 101,24 (96,0; 107,5) см, 104,4 (100,5; 111,0) см ($p=0,048$), 106,97 (100,5; 113,75) см ($p=0,019$), соответственно.

У пациентов в группе I БВ 44,58 (38,55; 48,32) лет, II - 54,76 (48,22; 59,76) лет ($p=0,001$), III - 0,91 (0,72; 1,06) лет ($p=0,000$). Биологический возраст меньше календарного в группе I на 2,4 года, в группе II опережает календарный – на 0,54 года и в группе III – на 3,67 лет.

Выводы. БВ вносит существенный вклад в формирование КВР более высоких градаций, что может быть использовано для выявления групп риска среди пациентов для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Антропологические показатели не только имеют место при определении БВ, но и самостоятельно ассоциируются с КВР высоких градаций.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРА КУРЕНИЯ

Колесникова Е. Н.

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) с сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от фактора курения.

Материалы и методы : Общая группа наблюдения состояла из 104 лиц мужского пола, страдающих ХОЗЛ с ИБС, в возрасте от 45 до 59 лет, из них 72,2% (75 мужчин) курили. Медиана индекса курения в этой группе составила 20 лет, показатель варьировал от 0 до 36 лет. Группа некурящих больных была представлена 29 пациентами, составившими 27,7 % от общего количества больных.

Результаты. В группе курящих больных медиана жизненной емкости легких (ЖЕЛ) составила 57,81 %, что в 1,26 раза ниже, чем у некурящих пациентов, у которых медиана ЖЕЛ составила 72,82 % от должного значения при размахе показателя выборки от 64,34 % до 78,91 % ($t=6,98$; $p<0,05$). Медиана форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) в группе курящих больных ХОЗЛ с ИБС имела значение 59,49 % при размахе значений от 46,58 % до 67,08 % и оказалась в 1,18 раз статистически значимо ниже показателя в группе некурящих пациентов ($t=5,04$; $p<0,05$). Показатель объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) у курящих пациентов в 1,15 раза был статистически значимо ниже по сравнению с показателем у некурящих больных ХОЗЛ с ИБС ($t=4,13$; $p<0,05$). 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. Показатели ПОС, МОС25, МОС50, МОС75 в группе некурящих больных ХОЗЛ с ИБС были статистически значимо выше, чем в группе курящих. В группе некурящих больных показатель ПОС в 1,29 раза ($t=6,38$; $p<0,05$), МОС25 – в 1,39 раза ($t=8,04$; $p<0,01$), МОС50 – в 1,45 раза ($t=7,84$; $p<0,01$), МОС75 – в 1,45 раза ($t=5,73$; $p<0,05$) были статистически значимо выше по сравнению с показателями у курящих больных ХОЗЛ и ИБС.

Выводы: Таким образом, у больных ХОЗЛ с сопутствующей ИБС курение ассоциировалось со статистически значимо меньшими объемными и скоростными показателями ФВД, отражающими сопротивление скорости воздушного потока в крупных, средних и мелких бронхах.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Корниенко В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков

Цель: описать случай диагностики ревматической полимиалгии

Описание наблюдения: Пациент Т., 62-летний пенсионерка, которая была доставлена в отделение ревматологии с повышенной температурой до 38,6°C, боли в суставах и конечностях, ограничение подвижности, плохой сон из-за боли и общей слабости. Общее состояние средней тяжести в связи с общим статусом. Следует подчеркнуть, что движения плечевых суставов и мышц плеча нарушены: женщина едва поднимает руки на горизонтальный уровень, также она не может переместить их за голову.

Результаты. Пациент прошел полное и всестороннее лабораторное исследование. Мы хотели бы выделить результаты наиболее диагностически важных показателей дополнительных методов исследования. Данные дополнительных тестов: в крови (в динамике лечения): СОЭ 50 мм/ч, С-реактивный белок 24 мг/л (нормальный диапазон до 6), ревматоидный фактор 12 МЕ/мл (нормальный диапазон вверх до 14), сиаловые кислоты 3,18 ммоль/л, циклические цитруллинированные пептидные антитела <7 У/мл (нормальный диапазон до 17,0), Ro-грамм плечевых суставов: патология не обнаружена. Клинический диагноз был установлен как: ревматическая полимиалгия, третья стадия, с повреждением суставов верхних конечностей, функциональная недостаточность II-III стадий. Назначенное лечение: метилпреднизолон от 16 мг/сут, пантопразол, диклофенак. При лечении боли в мышцах и суставах уменьшились, объем движений увеличился, а активность процесса также уменьшилась. По этой причине мы можем точно подтвердить поставленный ранее диагноз.

Вывод. По мере того, как число пожилых людей в мире продолжает увеличиваться, распространенность этой болезни будет возрастать в ближайшие годы. Из-за неясной этиологии эта болезнь может быть очень интересной для молодого ученого. Знания о диагностических направлениях чрезвычайно важны для врачей разных отраслей медицинской науки. Ранняя диагностика и ранняя оценка дальнейшей тактики позволяют значительно улучшить прогноз для пациентов.

РОЛЬ ВТОРИННОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ В КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА

Корнійчук В. І.

Харківський національний медичний університет м. Харків, Україна

Актуальність. Антифосфоліпідний синдром (АФС) – клініко-лабораторний симптомокомплекс, обумовлений синтезом антифосфоліпідних антитіл (аФЛ), що включає венозні та/або артеріальні тромбози, тромбоцитопенію. Найчастіше вторинний АФС зустрічається при системному червоному вовчаку (СЧВ). Актуальність проблеми обумовлена тим, що через низьку розповсюдженість цього синдрому, існує недостатня настороженість лікарів стосовно цього стану, водночас він суттєво підвищує ризик серцево-судинних катастроф: тромбоемболії легеневої артерії, інфаркту міокарду, ішемічного інсульту, сприяє ранньому розвитку поліорганних уражень та підвищує вірогідність спонтанних абортів.

Мета роботи. На прикладі реального клінічного випадку довести необхідність своєчасної діагностики антифосфоліпідного синдрому.

Клінічний випадок. Хвора, 21 року, скаржиться на головні болі, запаморочення, погіршення пам'яті та концентрації уваги, постійну слабкість, нездужання, біль у м'язах, суглобах, висипання на шкірі долонь і підшов. Хворіє близько 3-4 років. Первинними проявами захворювання були тромбози глибоких вен ніг; потім виявлено ураження нирок з початковими проявами ниркової недостатності. Останнім часом прогресують явища енцефалопатії, почав підвищуватися артеріальний тиск. За результатами обстеження встановлений діагноз: **Системний червоний вовчак, підгострий перебіг, активність I ст. ХХН II ст. Люпус-нефрит. Вторинний антифосфоліпідний синдром. Симптоматична артеріальна гіпертензія 3 ступеню, дуже високий ризик.** Діагноз підтверджений визначенням специфічних маркерів СЧВ (LE-клітини, антитіла до нативної та денатурованої ДНК) та АФС (аФЛ: IgG і IgM, вовчаночний антикоагулянт). Проведене лікування: метіпред, циклофосфамід, пантопразол, ривароксабан, АСК, телмісартан, амлодипін. В результаті терапії зменшилися болі у м'язах, головні болі, запаморочення, стабілізувався АТ в межах 140-160/70-90 мм рт.ст.

Висновки. Рання діагностика системного червоного вовчака та антифосфоліпідного синдрому надасть змогу своєчасно призначити терапію та розробити алгоритм спостереження за хворими із даною патологією. Це дозволить попередити ранній розвиток поліорганних уражень, суттєво знизити ризик серцево-судинних катастроф, знизити ймовірність спонтанних абортів.

ПРОГНОЗ ВИПАДКУ ГОСТРОЇ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М.Ю.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Сьогодні недостатньо вивченим є система міжклітинного матриксу у хворих із гострим інфарктом міокарда (ГІМ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Мета: побудова моделі прогнозування випадків виникнення гострої лівошлуночкової недостатності у хворих із ГІМ та ЦД 2 типу зі застосуванням тенасцину С.

Матеріали і методи дослідження. В дослідженні було залучено 60 хворих з ГІМ та ЦД 2 типу. В контрольну групу увійшли 20 практично здорових людей. Рівень тенасцину С визначали імуноферментним методом.

Результати та їх обговорення. Розроблена нами модель прогнозу випадків гострої лівошлуночкової недостатності (ГЛШН) із обчислення рівнів тенасцину С. Формула обчислення прогнозу розвитку ГЛШН у хворих на ГІМ та ЦД 2 типу має вигляд: $P = 1 / (1 + \text{EXP}(0,066 \times \Delta \text{TN-C} - 1,685 \times \text{ЧДР} + 30,4))$, де Р (ризик) – вірогідність Killip > 1; $\Delta \text{TN-C}$ – різниця між концентрацією тенасцину С на 10-14 добу та на 1-2 добу; ЧДР – частота дихальних рухів. Означена модель має високу чутливість (84%) і специфічність (83%), що дозволяє використовувати її для прогнозу розвитку ГЛШН у хворих на ГІМ та ЦД 2 типу.

Висновки. Підвищення рівнів тенасцину С у хворих ГЛШН свідчить про порушення балансу в системі міжклітинного матриксу. Виявлені зміни позаклітинного матриксу можуть впливати на розвиток і прогноз гострого інфаркту міокарда.

РОЛЬ ЛАКТОФЕРИНУ В ПАТОГЕНЕЗІ РОЗВИТКУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Крайня Г.В., Леженко Г.О.

Запорізький державний медичний університет, м.Запоріжжя, Україна.

Мета : визначити вміст лактоферину у сироватці крові дітей раннього віку, хворих на позалікарняну пневмонію з урахуванням етіологічного збудника.

Проведено комплексне обстеження 39 дітей віком від 1 місяця до 3-х років (середній вік $1,5 \pm 0,2$ років) хворих на позалікарняну пневмонію. Бактеріологічне дослідження мазків зі слизової ротоглотки проводилося в перші 24 години з моменту надходженні дитини до стаціонару та до призначення антибактеріальної терапії. Визначення вмісту лактоферину у сироватці крові проводилося з використанням комерційного набору Human Lactoferrin виробництва Hyculbiotech (Нідерланди). Контрольну групу склали 17 умовно здорових дітей репрезентативних за віком.

Результати дослідження. За результатами проведеного мікробіологічного обстеження матеріалу дітей групи, що досліджувалась діагностично значущу колонізацію патогенною мікрофлорою було виявлено у 35 випадків. Мікрофлорою, що домінувала виступали *Streptococcus pneumoniae* - 19 (54,2%) дітей та *Haemophilus influenzae* - 10 (28,8%) дітей. У 6 (17,1%) випадках визначалася мікробна асоціація з дріжджоподібними грибами *Candida albicans* та у 4(10,2%) дітей не було виявлено провідного етіологічного чиннику. Дослідження вмісту лактоферину у сироватці крові дітей раннього віку, хворих на позалікарняну пневмонію, показало його достовірне підвищення у групі дітей де етіологічним збудником виступали *Streptococcus pneumoniae* у порівнянні з контрольною групою ($7,8 \pm 1,78$ нг/мл проти $4,23 \pm 0,46$ нг/мл, відповідно ($p < 0,05$)). Також, у дітей з позалікарняною пневмонією, викликанною *Haemophilus influenzae*, визначалась тенденція до підвищення рівнів лактоферину у порівнянні з показниками контрольної групи ($6,3 \pm 1,1$ нг/мл проти $4,23 \pm 0,46$ нг/мл, відповідно ($p > 0,05$)). Відомо, що здатність грам позитивних бактерій до зв'язування та нейтралізації лактоферину та грамнегативних бактерій використовувати залізо для свого розмноження та підвищення вірулентності, призводить до підвищеної нейтралізації означеного пептиду бактеріальною клітиною, що сприяє зниженню запальної імунореактивності організму та подальшому прогресуванню захворювання.

Висновки. Розвиток позалікарняної пневмонії у дітей раннього віку, етіологічним чинником якої виступають *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenzae*, відбувається на тлі підвищення рівнів лактоферину у сироватці крові.

ВИВЧЕННЯ АЛЕЛЬНОГО ПОЛІМОРФИЗМУ G634C ГЕНА ВЕФР-А (RS 2010963) У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST

Кутя І.М., Родіонова Ю.В., Кобець А.В.

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

Вступ: Рання зміна об'єму та геометрії лівого шлуночка (ЛШ) має важливе прогностичне значення у хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда з підйомом сегменту ST (ГІМпST). Роль генетичних факторів післяінфарктного ремоделювання активно вивчається останнім часом.

Мета: виявлення асоціації між поліморфними варіантами гена ВЕФР-А (G634C) та показниками гемодинамики після перенесеного ГІМпST

Матеріали та методи: обстежено 91 пацієнта з гострим інфарктом міокарда з підйомом сегменту ST, із них 70 (76,9%) чоловіків та 21 (23,1%) жінок, середній вік (59,21±8,92) років. Діагноз ІМпST встановлювали на підставі даних клінічних, електрокардіографічних та біохімічних досліджень згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіології (2012, 2017 рр.) та Наказу МОЗ України №455 від 02.07.2014р. Пацієнти були госпіталізовані з 2016 по 2017 рр. у відділення реанімації ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», після проведення селективної коронарографії зі стентуванням інфаркт-залежної коронарної артерії. Ехокардіографію здійснювали впродовж стаціонарного етапу лікування. Дослідження алельного поліморфізму G634C гена ВЕФР-А (rs 2010963) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в реальному часі.

Результати: Розподіл алелей і генотипів за поліморфним маркером G634C гена ВЕФР-А (rs 2010963) у хворих на ГІМпST відповідав закону Харді-Вайнберга та показав наступну частоту алелей: G – 76% та C – 24%, генотипів GG, GC– 52% та 48% (48 та 43 пацієнтів) відповідно. Гомозиготи за генотипом CC не виявлені.

При порівнянні ехокардіографічних показників в групі GC-генотипу спостерігалось достовірне збільшення кінцево-діастолічного об'єму (КДО) (P=0,049), кінцево-систолічного об'єму (КСО) ЛШ (P=0,045), кінцево-діастолічного розміру (КДР) ЛШ (P=0,034), кінцево-систолічного розміру (КСР) ЛШ (P=0,035) та маси міокарда ЛШ (P=0,04). Це свідчить про несприятливу структуру раннього післяінфарктного ремоделювання міокарда у пацієнтів з GC-генотипом.

Висновки: При вивченні алельного поліморфізму G634C гена ВЕФР-А (rs 2010963) встановлено, що носійство генотипу GC у хворих ГІМпST асоціюється з більш вираженими змінами геометрії ЛШ.

ГИПОНАТРИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Лазиди Е.Л., Рудык Ю.С.

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

Цель исследования: изучить встречаемость гипонатриемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и СФВЛЖ.

Материал и методы: В исследование разнонаправлено включен 361 пациент с ХСН и СФВЛЖ, которые находились на стационарном лечении в клинике ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины». Все больные были разделены на 3 группы: Группа 1 - 120 пациентов со стабильным течением заболевания. Группа 2 – 163 пациента с декомпенсацией ХСН в СФВЛЖ. Группу 3 составили 78 больных СН с СФВЛЖ, умерших вследствие острой декомпенсации СН. Полученные результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS 17.0.

Результаты исследования: В группе 1 у 6 больных (5,0 %) наблюдалась гипонатриемия. Во 2-й группе гипонатриемия определена у 42 пациентов (25,8 %), в 3-й группе - у 30 лиц (38,0 %). Гипонатриемия у пациентов с ХСН и СФВЛЖ чаще встречается у лиц старше 60 лет ($75,6 \pm 4,9$ %) по сравнению с больными более молодого возраста ($24,4 \pm 4,9$ %, $p < 0,04$). Установлено также, что среди пациентов с гипонатриемией больше лиц мужского пола ($65,0 \pm 4,8$ %), чем женского ($35,0 \pm 4,8$ %, $p < 0,01$). Полученные данные свидетельствуют о том, что наличие гипонатриемии у больных со стабильным течением СН с СФВЛЖ ассоциировано с более низкими средними значениями концентрации альдостерона и более высокими уровнями калия в сыворотке крови. Содержание NTproBNP, как и другие биохимические показатели в сравниваемых группах пациентов со стабильной СН с СФВЛЖ не отличалось.

Выводы:

1. Гипонатриемия у больных со стабильным течением СН с СФВЛЖ ассоциирована с более низкими средними значениями концентрации альдостерона и более высокими уровнями калия в сыворотке крови. Концентрация NTproBNP у пациентов с ХСН и СФВЛЖ с разным уровнем натриемии не отличалась.

2. У пациентов с ХСН и СФВЛЖ гипонатриемия чаще встречается у больных пожилого возраста, среди которых больше лиц мужского пола.

ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НИЗКИ ПОВЕДІНКОВИХ РИЗИКІВ

Летяго Г.В.¹, Савел'єва Л.М.¹, Чернуський В.Г.¹, Говаленкова О.Л.¹,
Кашіна-Ярмак В.Л.^{1,2}, Носова О.М.^{1,2}

¹ – Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

² – ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Актуальність. Стан здоров'я студентів як значущої соціальної групи суспільства – не тільки показник існуючого соціально-економічного та суспільного розвитку країни, а й важливий індикатор майбутнього трудового, економічного потенціалу суспільства. Тому, надзвичайно важливим завданням є розуміння того, як формується здоров'я молодих людей, від яких чинників залежить і як на ці фактори впливати з метою отримання позитивних результатів.

Мета дослідження – визначити особливості здоров'язберігаючої поведінки студентів-медиків.

Матеріали та методи дослідження. Робота виконувалась в рамках науково-дослідної роботи Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Розробити медико-соціальні заходи з профілактики виробничо-обумовлених захворювань та професійної непридатності учнівської молоді». Використовували опитувальник, розроблений у ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». Анкета включала як альтернативні, так і ранжовані за ступенем проявів питання відносно навчальної діяльності, вільного часу, стосунків в родині підлітків, характеру ризикової поведінки, харчування та самооцінку здоров'я. Проаналізовано 348 анонімних відповідей студентів 5-6 курсу медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Результати дослідження. Встановлено, що 47,8% опитаних показали, що вони вважають себе повністю здоровими і 44,6% відповіли, що скоріше здорові. Проте, такі результати свідчать скоріше за те, що студенти інтерпретують здоров'я в переважній мірі як фізичну дієздатність, а не як наявність або відсутність конкретних симптомів хвороби. Великий обсяг інформації, як аудиторної, так і позааудиторної, прагнення до високих оцінок (48,5%), обмеження часу для відпочинку і занять фізичною культурою (68,3%) знижують адаптаційні механізми організму. Це зумовлює емоційну нестійкість, перевтому, зниження засвоюваності навчального матеріалу, погіршення самопочуття.

Таким чином, в процесі навчання у вищому навчальному закладі основними чинниками, що впливають на здоров'язберігаючу поведінку є: стрес, нестача часу, в тому числі на відпочинок і сон, що призводить до зриву адаптаційних механізмів і можливого розвитку чисельних патологічних станів.

ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГЕТЕРОЗИГОТНОЇ СІМЕЙНОЇ ГІПЕРХОЛЕСЕТРИНЕМІЇ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Мазніченко Є.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Сімейна гіперхолестеринемія - спадкове, аутосомно-домінантне захворювання, яке характеризується порушенням метаболізму холестерину. Відомо, що тривале перебування ліпідів в тканині печінки, здатне призводити до розвитку неалкогольного стеатогепатиту, тому **метою** роботи було підвищення ефективності лікування пацієнтів з гетерозиготною сімейною гіперхолестеринемією (ГСГХ) шляхом вивчення в динаміці клінічних та лабораторно-інструментальних показників, обґрунтування застосування гепатопротектора «Гепадиф» на тлі статінотерапії.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз лабораторних даних ліпідогам за 2012-2017 рік у 982 пацієнтів (з них 632 (64,4%) склали жінки та 350 (35,6%) чоловіки у віці 45±9 років), яким був виставлений діагноз дисліпідемії. На підставі подальшого проведеного комплексу досліджень, що включало збір анамнестичних даних, фізикальне обстеження, лабораторне (загальноклінічні, печінкові трансамінази, креатинін, альбумін, креатинфосфокиназа (КФК)) та інструментальне обстеження (УЗД ОЧП), онлайн шкалу фіброзу NAFLD, критерії Саймона Брума, було виділено 42 пацієнта з ГСГХ (з них 22 (52,4%) жінки і 20 (47,6%) чоловіки, у віці 47±5 років), які отримували терапію статинами і гепатопротектор «Гепадиф» (по 2 капсули 3 рази на день, перорально, курс 90 днів), які склали основну групу і 42 пацієнта (21 (50%) жінок і 21 чоловік (50%) зіставних за критеріями і віком, з ГСГХ були віднесені до другої групи пацієнтів, які отримували статин.

Результати. Було встановлено, що пацієнти обох груп, на момент огляду, скаржились на диспепсичні розлади (метеоризм, запори), періодичні відчуття тяжкості в правому підребер'ї. Після проведеної терапії на 90 день у пацієнтів другої групи було виявлено, ЗХ 7,3±1,0 ммоль/л, ЛПНЩ 4,5±0,5 ммоль/, лпідвищення печінкових трансаміназ (АЛТ 75±8 Од/л, АСТ 84±9 Од/л, ГГТ 41±4 Од/л, і ознаки стеатогепатита I-II ступеня за даними УЗД печінки. Пацієнтів першої групи скар не висували, рівень ЗХ 6,8±1,0, ЛПНЩ 4,4±0,4 ммоль/л, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, КФК в межах референсних величин. За даними УЗД печінки була виявлена тенденція до зниження ступеня стеатозу.

Висновки. Таким чином використання гепатопротектора «Гепадиф» в терапії ГСГХ сприяє редуції виразності скарг та достовірно поліпшувало функціональний стан печінки в 78%, згідно клінічного та лабораторно-інструментального обстеження пацієнтів.

**ПОЛІМОРФІЗМ M235T АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ:
ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ
У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ.**

Меденцева О.О., Рудик Ю.С.

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

Мета: оцінити, чи поліморфізм M235T ангіотензиногена (АТГ) асоціюється з серцево-судинними подіями у хворих на цукровий діабет (ЦД) з серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (СНзберФВ ЛШ).

Методи: Обстежено 82 пацієнта (50 жінок та 32 чоловіків, середній вік $62,9 \pm 8,1$ року) з СНзберФВ ЛШ та ЦД 2 типу. Шістдесят два пацієнти були носіями аллеля 235T (генотипи МТ + ТТ), у 20 пацієнтів був ММ генотип поліморфізму M235T АТГ, який визначався за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Заздалегідь визначена комбінована кінцева точка серцево-судинних подій, що включала серцево-судинну смерть, госпіталізацію при СН, нефатальний інсульт. Оцінку перебігу захворювання проводили шляхом побудови кумулятивних кривих по Каплану-Мейеру.

Результати: 40 (48%) пацієнтів мали комбіновану кінцеву точку дослідження впродовж 24 місячного спостереження. Криві виживання показали більш високу частоту серцево-судинних подій у пацієнтів, які мали МТ та ТТ генотипи порівняно з носіями ММ алелів ($p = 0.01$). В моделі виживання Кокса наявність генотипів МТ + ТТ у хворих на СНзберФВ ЛШ та ЦД асоціювалася незалежно з більш високим рівнем ризику порівняно з носіями генотипів ММ. (OR 10.30, 95% ДІ [2.72-39.08], $p < 0.005$).

Висновок: генотипи МТ + ТТ поліморфізму M235T АТГ були незалежно пов'язані з гіршим серцево-судинним прогнозом у хворих з СНзберФВ ЛШ та ЦД 2 типу.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИБРОБЛАСТОВ ПОСЛЕ 2D И 3D КУЛЬТИВИРОВАНИЯ

Моисеев А.И., Божок Г.А.

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

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина

В настоящее время в качестве информативных культуральных систем, в которых условия функционирования клеток максимально соответствуют условиям *in vivo*, рассматривают 3D культуру. Однако, для эффективного применения клеточных эквивалентов в области регенеративной медицины, усовершенствование методов их получения и оценка преимуществ 3D культуры по сравнению с 2D, является актуальной задачей. **В связи с чем, целью настоящей работы** явилось изучение влияния 3D культивирования фибробластов линии L929 в неадгезивных условиях на их морфофункциональные показатели в сравнительном аспекте с 2D культурой.

Исследование проводили на перевиваемой культуре фибробластов линии L929. Культивировали на чашках Петри с нормальной адгезивной поверхностью (2D-культивирование) и пониженной адгезией (3D-культивирование). Для уменьшения адгезивности поверхности культуральные чашки Петри обрабатывали 2% агаром (Sigma). Клетки высевали в следующих концентрациях: 1×10^5 кл/мл; 2×10^5 кл/мл; 5×10^5 кл/мл. Морфофункциональное состояние фибробластов изучали по следующим критериям: морфологии, их жизнеспособности, способности к адгезии, и индексу пролиферации (ИП). Репаративный потенциал клеток после культивирования в 2D и 3D формате оценивали на экспериментальной модели «раневая поверхность» (механическое повреждение монослоя культуры), через 24 и 48 часов с помощью микроскопа AmScore (XYL403), цифровой камеры и программы ImageJ.

Сравнение морфофункциональных показателей фибробластов после 2D и 3D культивирования в неадгезивных условиях показало, что жизнеспособность, адгезия и ИП фибробластов после 3D культивирования значительно превышают данные показатели после культивирования клеток в 2D формате. На модели «раневая поверхность» по площади сокращения повреждения установлено, что репарационный потенциал клеток значительно увеличивается после 3D культивирования. Таким образом, результаты работы свидетельствуют о том, что культивирование фибробластов в неадгезивных условиях способствует повышению их морфофункциональных показателей, что требует дальнейших исследований относительно механизмов данного явления.

МЕСТНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Немальцова Е.В., Симбирёва А.С.

*ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН
Украины» м. Харків, Україна*

Введение. Лучевая терапия занимает ведущее место в лечении онкогинекологической патологии. Около 90-92 % пациенток нуждаются в проведении дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) на различных этапах я или в качестве самостоятельного метода лечения. Не взирая на усовершенствование технологий проведения ДЛТ сохраняется достаточный процент лучевых повреждений органов риска (мочевого пузыря и прямой кишки), число которых возрастает пропорционально увеличению суммарной дозы.

Цель. Проанализировать опыт лечения пациенток с постлучевыми циститами и ректитами согласно имеющимся протоколам.

Материалы и методы. На базе ГУ «ИМР НАМН Украины» проанализировано данные консервативного лечения постлучевых циститов и ректитов у 824 пациенток с онкогинекологической патологией (рак тела и шейки матки), получивших лучевую терапию на различных этапах комбинированного лечения или в качестве самостоятельного метода лечения. Диагностирование данных осложнений было проведено на основании клинических, лабораторных и инструментальных (цистоскопия, RRS) данных. Среди обследованных пациенток преобладали постлучевые циститы 2-3 ст. Все пациентки получали лечение согласно разработанных в Институте протоколов: инстиляции в мочевой пузырь многокомпонентной болтушки (димексид, диоксидин, гидрокортизон, лидокаин) №10 через день и микроклизмы с болтушкой №10 ежедневно, ишио-ректальные блокады №10, тампоны в передний свод с Синтомицином/Левасином №10-15, Актовегин в/в капельно №5, спазмолитики, фитотерапия, в случае выявления патогенной флоры - антибактериальная терапия.

Результаты. У большинства (83%) пациенток получен субъективный эффект после первого курса консервативного лечения в виде исчезновения гематурии и дизурии. Повторные два курса через 2 месяца (только инстиляции или микроклизмы) для закрепления полученного результата. При контроле цистоскопии после трёх курсов лечения у пациенток с постлучевым циститом 3 степени отмечался цистит 1 степени, при первичной 2 степени – полное излечение.

Выводы. Внедрение протоколов оказания медицинской помощи пациентам с постлучевыми циститами и ректитами привело к повышению качества лечения данных больных, что приводит к улучшению качества жизни пациентов. Рекомендовано использование данных протоколов в онкологических учреждениях Украины.

РОЛЬ ДІЄТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ТА МОДИФІКАЦІЇ ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ

Новосад Д.І., Яременко О.Б.

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

Актуальність. Останніми роками з'являються публікації про можливий вплив стану харчування на перебіг системного червоного вовчаку (СЧВ). Серед компонентів їжі вивчається значення насичених і ненасичених жирів, вітамінів, антиоксидантів, алкоголю, продуктів, багатих на клітковину.

Мета: дослідити вплив дієтичних факторів на розвиток та перебіг СЧВ.

Методи дослідження: проаналізовано літературні дані щодо ролі харчових нутрієнтів у виникненні та перебігу СЧВ.

Результати. Японськими дослідниками було встановлено, що ризик розвитку СЧВ підвищувало вживання чорного чаю та кави (Kiyohara S. et al., 2014). Натомість незначне/помірне вживання алкоголю майже на 70% знижувало ризик розвитку хвороби. Більше того, у осіб, які вже хворіли на СЧВ, помірне вживання алкоголю асоціювалось з меншою потребою в терапії глюкокортикоїдами (ГК). Цей феномен можна пояснити протизапальною та імунорегуляторною дією ресвератролу – поліфенольної сполуки, що міститься у значній кількості в сухому червоному вині. Згідно результатів оцінки харчового статусу у 63% хворих на СЧВ була надмірна маса тіла/ожиріння, при цьому у 75% з них енергетична цінність їжі була меншою від енергетичних потреб (Borges M. et al., 2012). Було виявлено недостатнє вживання рослинних і молочних продуктів, тоді як споживання олій і цукру перевищувало норму. Споживання кальцію було недостатнім (<1000 мг/д) у 93% пацієнтів, заліза (<15 мг/д) - у 37%, вітаміну В12 (<2,4 мкг/д) - у 50% хворих. У 87% хворих було виявлено недостатність 25(ОН)D, серед них 48% мали рівень 25(ОН)D <25 нг/мл (при нормі 30-80 нг/мл). Вовчаковий нефрит був значущим предиктором дефіциту вітаміну Д. Згідно результатів дослідження Terrier V. et al. (2012), регулярне вживання холекальциферолу сприяло зниженню активності захворювання та рівня антитіл до нативної ДНК. Позитивний вплив мало також вживання риб'ячого жиру на якість життя хворих на СЧВ: зменшення втоми і болю, покращення фізичної і емоційної дієздатності. Крім того, спостерігалось вірогідне зниження ШОЕ та підвищення рівня ІЛ-13 (Arriens C. et al., 2015).

Висновки. Більшість хворих на СЧВ харчуються нерационально: споживають недостатньо їжі, багаті на клітковину, кальцій, залізо, вітамін В12 при надмірному споживанні жирів і вуглеводів. Ця незбалансованість харчування у поєднанні з прийомом ГК і недостатньою фізичною активністю призводить до надмірної маси тіла. Вживання чорного чаю/кави підвищує ризик розвитку СЧВ, а помірне вживання алкоголю знижує не тільки ризик розвитку СЧВ, а й потребу в ГК. Також підтверджено позитивний вплив прийому холекальциферолу та риб'ячого жиру на активність захворювання та якість життя. Тому попри відсутність конкретних дієтичних рекомендацій при СЧВ, оцінка і корекція стану харчування є важливою складовою лікування таких хворих.

АНТИАГРЕГАЦИОННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ПРИЕМЕ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА

Оврах Т.Г.

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

Цель работы: сравнить остаточную реактивность тромбоцитов в ответ на клопидогрель в составе двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) в течение 12 месяцев при приеме аторвастатина и розувастатина.

Материалы и методы. Обследовано 59 больных ИБС и СД 2 типа, которые за 4-6 недель до включения в исследование перенесли ОКС и получали ДАТТ (ацетилсалициловую кислоту 75-100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут), розувастатин 20-40 мг/сут (1 группа (n=30)) или аторвастатин 40-80 мг/сут (2 группа (n=29)). Через 6 месяцев после ОКС 17 пациентов из 1 группы были переведены на прием аторвастатина (1а группа), а 13 больных продолжили прием розувастатина (1б группа). 17 больных из 2 группы перешли на прием розувастатина (2а группа), а 12 пациентов продолжили терапию аторвастатином (2б группа). Агрегационную активность тромбоцитов исследовали при включении в исследование, через 6 и 12 месяцев от ОКС при помощи индуцированной аденозиндифосфатом (АДФ) агрегации тромбоцитов с оценкой суммарного индекса агрегации тромбоцитов (СИАТ, %).

Результаты. Исходный СИАТ-АДФ у больных, которые находились на терапии розувастатином (1 группа), был достоверно выше, чем в группе пациентов, принимавших аторвастатин (2 группа) ($p < 0,05$). В динамике терапии у больных, которые весь период наблюдения принимали один статин, СИАТ-АДФ через 12 месяцев после ОКС был значительно выше, по сравнению с исходным, как у больных на аторвастатине, так и у больных на розувастатине ($p < 0,05$). В обеих группах пациентов, у которых через 6 месяцев терапии была сделана замена статина (1а и 2а группы), СИАТ-АДФ по сравнению с исходным практически не изменился ($p > 0,05$).

Выводы. СИАТ-АДФ у больных ИБС и СД 2 типа через 4-6 недель после ОКС на фоне приема розувастатина был достоверно выше, чем при приеме аторвастатина. Через 12 месяцев ДАТТ у больных, которые весь период наблюдения принимали как розувастатин, так и аторвастатин, наблюдалось повышение СИАТ-АДФ по сравнению с исходными значениями. У больных, которым через 6 месяцев терапии была произведена замена одного статина на другой, СИАТ-АДФ по сравнению с исходными значениями практически не изменился.

ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ СЕРЦЯ (ретроспективний аналіз випадків)

¹Олефіренко О.В., ²Самілик М.В.

¹ДУ "УкрДержНДІ МСПІ МОЗ України", м. Дніпро

²КЗ "Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії ДОР", м. Дніпро

Мета. Ретроспективно вивчити рентгенологічні особливості доброякісних пухлин серця при первинному зверненні пацієнтів та за результатами оперативних втручань визначити найбільш частий гістологічний тип новоутворень серця.

Матеріали і методи. На базі КЗ "Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії ДОР" м. Дніпра за період з 2012 р. по 2016 р. ретроспективно проаналізовані дані 185 пацієнтів з попереднім діагнозом новоутворення серця. На передопераційному етапі 20 пацієнтам проведена цифрова рентгенографія органів грудної клітки (ОГК) в прямій передній проекції на апараті Villa System Medical на базі "ДУ УкрДержНДІ МСПІ МОЗ України" з метою уточнення стану легень та малого кола кровообігу, форми і розмірів серця. У всіх випадках проведена морфологічна верифікація.

Результати. За даними операційних втручань та відповідної післяопераційної гістологічної верифікації з 20 прооперованих випадків, проведених в кардіохірургічному центрі за визначений період часу (2012-2016 р.р.) було верифіковано 14 міксом (70 %), 2 папілярні фіброеластоми (10%) та по одному випадку - целомічна кіста перикарду, гемангіоперицитома, лімфома, рабдоміома (5% кожний відповідно). При міксомах серця рентгенологічні ознаки мали неспецифічний характер. У 80% визначені ознаки були подібними до набутих вад серця: порушення гемодинаміки в малому колі кровообігу з венозним типом застою, кардіомегалія, мітральна форма серцевої тіні з випинанням по лівому контуру серцевої тіні збільшеного лівого передсердя. У даних пацієнтів був відсутній ревматичний анамнез, що дозволило припустити наявність міксоми. Фіброеластоми не мали типових ознак за даними рентгенографії. Целомічна кіста перикарда у нашого пацієнта мала типову характерну локалізацію - правий кардіодіафрагмальний кут. Зовнішній контур тіні був чітким, внутрішній зливався з тінню серця, а нижній - з тінню діафрагми.

Висновки. Більшість первинних пухлин мають доброякісний перебіг та їх наявність не є абсолютним показанням до хірургічного лікування. Незважаючи на рідкість пухлин серця, потрібно бути настороженими щодо даної патології. Незвичайність форми серця, відсутність ревматичного анамнезу і невелика тривалість процесу, раптова поява клінічних ознак, мінливість шумів серця, надають можливість рентгенологічної діагностики новоутворень серця. Найчастіше за нашими даними зустрічалась міксома серця (70%).

ВИКОРИСТАННЯ НАВУШНИКІВ СЕРЕД МОЛОДІ ЯК ОДНА ІЗ НАЙПОШИРЕНІШИХ ПРИЧИН ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ СЛУХУ

Остапець М.О., Веденьєв С.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Повна або часткова втрата слуху – одна із найбільш розповсюджених у світі хронічних захворювань. Окрім таких причин як: травма, запалення чи інфекції, до зниження слуху призводить і тривала дія сильного звуку чи вібрації. Сьогодні навушники є невід’ємним аксесуаром більшої частини населення нашої планети, що особливо популярним є серед молоді. В зв’язку з цим здійснюється постійне навантаження на слуховий апарат організму. Тому тема впливу навушників на слух молоді є актуальною. Метою нашої роботи було вивчити вплив навушників та виявлення їх можливої негативної дії на слух студентів.

На першому етапі дослідженні проводили анкетування студентів НФаУ 1-2 курсу. Потім, керуючись даними анкети було відібрано 10 студентів, які мали скарги на погіршення слуху. Стан функціонування слухового апарату проводили у студентів на базі Харківської міської студентської лікарні. Вивчення гостроти слуху здійснювали з використанням методів мовної та тональної аудіометрії (прилад – Аудіометр МА 31).

За результатами анкетування встановлено, що більшість опитаних (88 %) користується вакуумними навушниками (вставними) та прослуховує музику більше 2-3 годин на добу. При цьому 10 % з них скаржилися на поганий слух, почуття дискомфорту, а також зниження концентрації та уваги, що виникає одразу після прослуховування навушників. Наступним етапом нашого дослідження було вивчення аудіограми студентів. За допомогою аудіометрії встановлено, що погіршення слуху відзначалося лише у 2-х пацієнтів. При цьому графік аудіограми знижувався нижче за 25 дБ (частота нормального слуху) – мав місце кістково-повітряний інтервал, тобто в них спостерігалася патологія слуху. Виявилось, що ці пацієнти користувалися вакуумними навушниками більше 6 годин на добу на максимальній гучності протягом 2-х років. Керуючись отриманими даними, можна прогнозувати зміни аудіограми у студентів, які вже мали скарги, однак на момент проведення експерименту відхилень не відзначалось, оскільки перші ознаки погіршення слуху вони вже зазначали у своєму анамнезі. У пацієнтів, у яких було встановлено патологічні зміни слухового апарату, можна припустити, що погіршення слуху відбулося за рахунок негативного впливу навушників.

ПНЕВМОНИЯ КАК «КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА» ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Острополец А.С.

Харьковский Национальный Медицинский Университет

Актуальность. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) - симптомокомплекс, вызванный необратимой гибелью нефронов при первичных и вторичных заболеваниях почек. Частота ХПН 100-600 на 1 млн населения. Поскольку наблюдается рост распространенности ХПН, адекватная диагностика ХПН имеет клиническое и социальное значение.

Цель: выявление особенностей клинического течения и диагностики ХПН.

Мужчина, 32 года, направлен участковым терапевтом с диагнозом: «Двусторонняя пневмония» с жалобами на одышку при физической нагрузке (подъем на третий этаж), слабость, сухой кашель, утомляемость. Считает себя больным несколько месяцев. Направлен на Ro ОГК, установлен предварительный диагноз: «Двусторонняя пневмония», направлен в стационар. В анамнезе жизни циркумцизия крайней плоти по медицинским показаниям (2016). В объективном статусе: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. При перкуссии легких притупление звука в нижних отделах, там же единичные влажные хрипы. АД на плечевых артериях 150/90 мм. рт. ст. При дополнительных методах обследования: нормохромная анемия, повышение СОЭ; гипостенурия, протеинурия. Отмечается несоответствие клинической и рентгенологической картин: наблюдается двустороннее затемнение легочных полей в виде «бабочки». Необходимо дифференцировать с уремическим легким. На УЗИ почек структурных изменений в паренхиме нет. В биохимическом анализе крови: мочевины - 11.7 ммоль/л, креатинин 575 мкмоль/л. СКФ по формуле СКД-ЕРІ 10 мл/мин/1.73м². Больному назначено патогенетическое и симптоматическое лечение: диета с ограничением соли, фуросемид 20 мг в/в, валсартан 80 мг один раз в день, энтеросгель 1 ст.л. 4 раза в сутки, леспенефрил 1 ч.л. 2 раза в сутки. Больной переведен в ХОКЦУН им. Шаповала с диагнозом: «Хроническая болезнь почек, нефротический синдром. ХПН IV ст».

Выводы. Таким образом, тщательный сбор анамнеза, жалоб и осмотр пациента необходим для выявления заболеваний почек даже при отсутствии характерной симптоматики и анамнеза и является необходимым для раннего выявления таких пациентов, снижения смертности и улучшения качества жизни.

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Петренко Т. А.

*Донецкий национальный медицинский университет, г. Краматорск,
Украина*

Актуальность. В настоящее время с развитием новых компьютерных технологий распространённость неинфекционных глазных заболеваний достаточно высока, и профилактика их играет значительную роль в жизни человека, потому что 80% информации об окружающей среде человек получает именно с помощью органа зрения.

Цель: проанализировать распространённость неинфекционных офтальмологических заболеваний, а также улучшить их профилактику.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе 98 медицинских карт пациентов с офтальмологическими заболеваниями в Центральной районной больнице города Бахмут, которые обращались к офтальмологу в период с октября 2017 года по январь 2018 года. Средний возраст пациентов 47,0(+)(-)7,0лет. Мужчин – 50 (51,0%), женщин – 48 (48,9%). Иностранное тело роковой отмечено у 19 (19,4%) пациентов, атрофия зрительного нерва у 8 (8,2%), глаукома – 28 (28,6%), дистрофическая пигментация сетчатой – 3 (3,1%), аллергический конъюнктивит – 1 (1%), катаракта – 39 (39,7%). В работе анализируется распространённость неинфекционных офтальмологических заболеваний.

Результаты работы показали, что среди неинфекционных офтальмологических заболеваний доминируют катаракта и глаукома, этиологией которых являются как генетическая предрасположенность, так и травмы, а так же влияние экологии на организм человека.

Выводы. Офтальмологические заболевания не всегда начинаются после проникновения в ткани патологических микроорганизмов. Профилактикой неинфекционных глазных заболеваний в зависимости от этиологии являются разные меры предосторожности. Это прежде всего нормирование работы с компьютерами, планшетами и особенно смартфонами, которые отрицательно влияют на современное поколение; вести здоровый образ жизни: зарядка шейного отдела позвоночника для улучшения кровообращения сосудов головного мозга; здоровое питание, чтобы получать все необходимые витамины для нормального функционирования организма.

**ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ ТА АНТАГОНІСТИЧНА АКТИВНІСТЬ
ПРОБІОТИКІВ, ІММОБІЛІЗОВАНИХ У МОДИФІКОВАНОМУ
ГЕЛЕВОМУ НОСІЇ, ПІСЛЯ ЗБЕРІГАННЯ
ЗА ТЕМПЕРАТУР –80, –196°С**

Петров І.В., Буряк І.А., Бабінець О.М.

*Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків,
Україна*

Перспективним напрямком підвищення ефективності терапевтичної дії пробіотиків і синбіотиків є створення їх іммобілізованих форм. Найбільше переваг серед технологій консервування пробіотичних препаратів мають зберігання за низьких температур та ліофілізація.

Мета: вивчити життєздатність та антагоністичну активність пробіотиків після іммобілізації в модифікованому гелевому носії і зберігання протягом року за температур –80, –196 °С.

Матеріали і методи. Дослідження проводили з пробіотиками *Bifidobacterium bifidum* ЛВА-3 (*B. bifidum*), *Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus* (*L. bulgaricus*), *Lactobacillus casei* (*L. casei*), *Lactococcus lactis ssp. IMB B-7105*, *Saccharomyces cerevisiae* Hansen (*S. boulardii*). Гель 1% альгілату натрію модифікували додаванням в нього 1% лактози, 2% сахарози, 5% знежиреного молока. Мікробні клітини іммобілізували в гелевих гранулах за методом іонотропного гелеутворення. Зразки зберігали за температур –80 1,5 С та –196 С. До –196 С зразки заморожували за двома режимами: повільне охолодження зі швидкістю 1 град./хв. до –40 С з наступним зануренням у рідкий азот та швидке охолодження зануренням у рідкий азот. Антагоністичну активність пробіотиків визначали за мінімальною інгібуючою концентрацією антагоніста (МІКА) та за протимікробною активністю фільтратів ростових середовищ, в яких культивували пробіотики після консервування.

Результати і обговорення. Встановлено, що модифікований гелевий носій чинив виражену захисну дію: показники життєздатності пробіотиків після заморожування–відтавання були достовірно вищими, ніж у немодифікованому гелі. В процесі зберігання протягом року (термін спостереження) за температур –80 і –196°С додаткової загибелі іммобілізованих клітин не було. Зберігання за цих температур протягом року не впливало на спектр і вираженість антагоністичної дії пробіотиків та їх метаболітів по відношенню до патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів.

Висновки. Модифікацію гелю альгілату натрію додаванням 1% лактози, 2% сахарози і 5% знежиреного молока можна рекомендувати для розробки пробіотичних препаратів IV покоління – іммобілізованих пробіотиків і синбіотиків. Для консервування таких препаратів доцільно використовувати зберігання за температур від –80 до –196°С та повільні режими охолодження.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО УРОВНЮ ЛЕПТИНА И ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ЦИРКУЛЯЦИИ

¹Плохотниченко О.А., ²Горшунская М.Ю., ¹Тыжненко Т.В., ¹Красова Н.С., ¹Лещенко Ж.А., ¹Гладких А.И., ¹Кравчун Н.А., ¹Полторак В.В.

¹ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины»;

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) рассматривается как печеночный компонент метаболического синдрома и является распространенным осложнением сахарного диабета (СД) 2 типа. В патогенез НАЖБП вовлечены: инсулинорезистентность, хроническое воспаление, нарушение обмена липидов с повышением уровня триглицеридов (ТГ) в гепатоцитах и в циркуляции. Существует необходимость в разработке информативных и малоинвазивных методов диагностики НАЖБП для своевременного формирования групп риска и коррекции тактики лечения. Гормон жировой ткани лептин, который обладает провоспалительным и профиброгенным действием, является перспективным диагностическим критерием.

Цель – построить модель для оценки риска развития НАЖБП у больных СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 66 больных СД 2 типа (м/ж 34/32; возраст 33-65 лет; с НАЖБП-28, без НАЖБП-38). Диагноз НАЖБП поставлен на основании эхографического обследования. Уровни ТГ в сыворотке крови определяли ферментативно, уровни лептина – иммуноферментным методом (ELISA). Проводили дискриминантный анализ с расчетом чувствительности ($Ч$), специфичности ($С_n$), прогностической ценности положительного ($ПЦ_П$) и отрицательного ($ПЦ_О$) результатов и индекса точности ($ИТ$).

Результаты. У больных СД 2 типа с НАЖБП уровни исследуемых показателей были выше, чем у пациентов без осложнения: ТГ $3,77 \pm 0,50$ vs $2,16 \pm 0,20$ ммоль/л ($p=0,002$); лептин $82,28 \pm 10,41$ vs $53,67 \pm 4,53$ нг/мл ($p=0,007$). В ходе дискриминантного анализа выбраны информативные показатели и составлены уравнения для расчёта риска развития НАЖБП: 1) $f_d = 1,09(ТГ) + 0,054(лептин) - 5,14$; 2) $f_n = 0,63(ТГ) + 0,035(лептин) - 2,20$, где f_d – наличие НАЖБП, а f_n – отсутствие. Показатели (ТГ и лептин) следует подставить в уравнения и вычислить f_d и f_n . Если $f_d > f_n$, пациента следует отнести в группу риска по развитию НАЖБП, при $f_d < f_n$, риск отсутствует. Модель достаточно информативна, поскольку $Ч$ составляет – 64%, $С_n$ – 86%; $ПЦ_П$ – 78%, $ПЦ_О$ – 76%, $ИТ$ – 77%.

Выводы. Разработана диагностическая модель для выделения лиц с высоким риском развития НАЖБП среди больных СД 2 типа, основанная на сочетанном паттерне триглицеридемии и лептинемии, применение которой позволит улучшить качество диагностики и лечения данной группы пациентов.

ПОЄДНАННЯ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ З СИНДРОМОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Радіонова Т.О.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Розвиток гастроінтестинальних симптомів у хворих на цукровий діабет (ЦД) – досить розповсюджене клінічне явище. Актуальним питанням сучасної гастроентерології є дослідження мікробіоти шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та її ролі в патогенезі різноманітних патологічних станів. Зважаючи на частий розвиток дисмоторних змін ШКТ за наявності ЦД, у таких пацієнтів існує схильність до явищ стазу та можливих патологічних змін мікробіотичної картини.

Мета: вивчити частоту розвитку синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР) у хворих на хронічний гастрит на фоні ЦД у залежності від його типу.

Матеріали та методи: для обстеження відібрано 26 хворих на ЦД, у яких під час проведення верхньої ендоскопії з біопсією було виявлено ознаки гастриту. Пацієнти були розподілені на дві групи в залежності від типу ЦД: I – хворі на ЦД 1 типу (n=12), II група – пацієнти з ЦД 2 типу (n=14). Було проведено загально-клінічне обстеження, визначення фекального антигену *Helicobacter pylori* (НР) та дихальний водневий тест з лактулозою.

Результати: серед хворих I групи кількість жінок склала 6 (50%), чоловіків – 6 (50%), середній вік – $35,2 \pm 8,9$ років, усі хворі перебували на інсулінотерапії. В II групі кількість жінок становила 6 (42,8%), чоловіків – 8 (57,2%), з середнім віком хворих у групі $57,0 \pm 5,7$ років, корекція глікемії проводилась за допомогою пероральних цукрознижувальних препаратів у 9 хворих (64,3%) та інсуліну у 5 (35,7%) пацієнтів. Тривалість ЦД становила $10,5 \pm 5,8$ років та $10,0 \pm 7,0$ років у I та II групах відповідно. Рівень глікозильованого гемоглобіну складав $8,6 \pm 2,1\%$ у пацієнтів I групи та $11 \pm 1,5\%$ серед хворих II групи. За результатами верхньої ендоскопії з біопсією у всіх пацієнтів було виявлено явища гастриту, що у 12 (85,7%) хворих II групи та лише 4 (33,3%) пацієнтів I групи поєднувалися з ураженнями дванадцятипалої кишки (ДПК). Інфікування НР встановлено у 3 (25%) пацієнтів I групи та 10 (71,4%) хворих II групи. СНБР виявлено серед 5 (41,7%) та 11 (78,6%) осіб I та II групи відповідно.

Висновки: запальні зміни слизової оболонки шлунку у вигляді гастриту за наявності ЦД 2 типу частіше поєднуються з ураженнями ДПК, інфікуванням НР та СНБР, порівняно з хворими на ЦД 1 типу. Таким чином, у пацієнтів з ЦД 2 типу розвиток гастриту має зв'язок з порушенням мікробіоценозу гастродуоденальної зони та інфікуванням НР.

СТАН ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Радомська Т.Ю., Бородавко О.І.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета: оцінити стан щільності кісткової тканини (ЩКТ) у жінок в постменопаузальному періоді.

Завдання дослідження: 1. Дослідити стан ЩКТ у жінок в постменопаузі за допомогою ультразвукової денситометрії. 2. Виявити взаємозв'язок стану ЩКТ з основними факторами ризику розвитку остеопорозу.

Матеріали і методи. Обстежено 86 жінок, середній вік яких склав $53,44 \pm 4,59$ роки. Середній вік початку менопаузи становив $47,62 \pm 4,52$ років, середня тривалість постменопаузального періоду - $5,95 \pm 4,86$ років. Стан ЩКТ визначали за допомогою ультразвукового денситометра Omnisense 7000 на трьох кістках: проксимальна фаланга третього пальця кисті, дистальний відділ 1/3 променевої кістки та середина великої гомілкової кістки. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я оцінка стану кісткової тканини у жінок постменопаузального періоду здійснювалась за такими критеріями: нормальний стан - Т-критерій $> -1,0$ SD, остеопенія - Т-критерій - від $-1,0$ до $-2,5$ SD, остеопороз - Т-критерій $< -2,5$ SD. Також використовували хвилинний опитувальник ризику розвитку остеопорозу для виявлення факторів ризику. Статистична обробка проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1».

Результати. Аналіз отриманих за допомогою ультразвукової денситометрії параметрів показав, що у 33% жінок був наявний остеопороз, а в 52 % - остеопенія, і тільки у 15% пацієнток стан ЩКТ відповідав нормальним значенням. При проведенні гама-кореляційного аналізу виявлено достовірний ($p < 0,05$) від'ємний зв'язок Т-індексу променевої кістки та фаланги з віком ($R = -0,22$; $R = -0,24$). Обтяжена спадковість асоціювалась з Т-індексом променевої кістки ($R = -0,21$), а куріння та зловживання алкоголю - з Т-індексом гомілки та променевої кістки ($R = -0,25$; $R = -0,27$). Тривалість менопаузи мала від'ємний зв'язок з Т-індексом на променевій кістці та гомілці ($R = -0,32$; $R = -0,35$). Важливо відмітити, що пацієнтки зі змінами ЩКТ не мали клінічних проявів та були особами працездатного віку, тому без проведення скринінгу щодо стану ЩКТ залишаються поза увагою лікарів, навіть за умови регулярного проведення профілактичних оглядів. Обстеженим жінкам була надана інформація щодо факторів ризику та профілактики остеопатій. Пацієнткам, у яких виявлено зниження ЩКТ, проведена консультація щодо лікування остеопорозу та остеопенії.

Висновки. 1. У жінок в постменопаузальному періоді за показником Т-індексу ЩКТ знижена у 85% осіб. 2. Ультразвукова денситометрія може використовуватися в якості скринінгового методу виявлення остеопенії та остеопорозу у пацієнток після настання менопаузи.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДИУРЕТИКАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Рожественская А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков, Украина

Актуальность: Частота хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) составляет от 15 до 56%. Каждому третьему больному с ХСН сопутствует ХБП, которая ухудшает клиническое течение ХСН и затрудняет подбор терапии диуретиками.

Цель: Проанализировать особенности возникновения отечного синдрома у пациентов с ХСН и ХБП, изучить проблему снижения эффективности диуретиков для дальнейшей оптимизации выбора тактики лечения.

Клинический пример: Пациентка А., 79 лет. Жалобы на одышку в покое, отеки ног до бедер и рук, увеличение живота. Из анамнеза: ИБС, ГБ более 30 лет, постоянная форма фибрилляции предсердий, сахарный диабет II типа, хр. пиелонефрит, ХБП IV, вторично-сморщенная правая почка. Объективно: Состояние тяжелое. Положение – ортопноэ. Дыхание резко ослаблено от середины обеих лопаток. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД = 190/100 мм.рт.ст., ЧСС = 74/’, Ps = 64/’. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Ноги до бедер, передняя брюшная стенка, руки до локтей, молочные железы отечны. Данные обследований подтвердили предварительный диагноз. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 26 мл/мин/1,73 м². Ds.: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, венечных сосудов. Выраженная легочная гипертензия. СН III ст. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, нормосистолия. Гидроперикард. Двухсторонний гидроторакс. Асцит. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск очень высокий. Сахарный диабет, 2 тип, средней степени тяжести. ХБП 4 ст. Хронический пиелонефрит, нестойкая ремиссия. Вторично-сморщенная почка. Диабетическая и гипертензивная нефропатия. Рекомендации: Эбрантил 30 мг 2р/д, Зоксон 4 мг 2р/д, Диаглизид 30 мг, Гидрохлортиазид 50 мг, Тромбонет 75 мг, Дигоксин 0,00025 г 1р/д 5:2, Сорбифер 1г 2р/д. Длительное применение гидрохлортиазида не оказало эффекта в борьбе с отечным синдромом. Прием фуросемида в возрастающей дозе (до 120 мг/сут) улучшил состояние, но только назначение торасемида в дозе 20 мг/сут позволил добиться желаемого эффекта.

Выводы: Длительное лечение отечного синдрома при ХСН, сочетающейся с ХПН, представляет собой сложную задачу. Только петлевые диуретики эффективны у больных, страдающих ХСН и ХБП тяжелее II ст. Повышению эффективности диуретической терапии в данной ситуации способствует выбор Торасемида — препарата с максимально управляемыми диуретическими свойствами.

СТАН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Савельєва Н.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити вплив паразитарних захворювань на стан ротової порожнини.

Як відомо, розвиток стоматологічної патології не є ізольованим локальним процесом. Він узгоджується із загальним соматичним статусом людини, завдяки складним регулюючим, координуючим і корелюючим механізмам, за участю нейрогуморальних чинників до встановлення фізіологічного балансу і динамічної рівноваги процесів життєдіяльності, що забезпечує гомеостаз. Саме інтегральний підхід до визначення стану організму хворого, який розглядає його як цілісну живу систему, дозволив встановити причину малоуспішного, (а іноді і безуспішного) лікування стоматологічних захворювань за загальноприйнятою традиційною схемою у певної категорії хворих, побачивши її в негативному впливі гельмінтозонозів на людину.

При вивченні стоматологічного статусу хворих на лямбліоз, токсокароз та ентеробіоз було встановлено, що найбільш характерні клінічні ознаки генералізованого пародонтиту (ГП) у хворих з паразитами достовірно відрізняються у бік зростання від хворих без паразитозів. Отримані дані вказують на те, що встановлений мікробний склад пародонтальних кишень у хворих з паразитами є чинником посилення запальних процесів в пародонті, змін функціональних і антигенних властивостей тканин пародонту, а також чинником модуляції місцевих і системних імунних реакцій. Результати досліджень показали, що ступінь імунних розладів у місцевому і системному імунітеті у хворих на ГП з паразитами глибше, ніж у хворих на ГП без паразитозів, і торкається зміни більшої кількості імунних параметрів.

При візуальному обстеженні ротової порожнини у хворих на ГП з паразитами дослідники також стикнулися з проявами уражень слизової оболонки порожнини рота: були виявлені ерозії, тріщини на поверхні язика, відбитки зубів на боковій поверхні язика, складчастість язика, наліт (різного забарвлення і щільності). Хворі скаржилися на больові і неприродні відчуття в язиці, печіння язика, фібрилярні посмикування язика, повзання мурашок по язичку, відчуття волосся на язиці, поколювання, оніміння, свербіж в язиці, сухість в роті, парестезії.

Отже, проведені нами дослідження ще раз доводять, що «гельмінтоз не можна вважати місцевим патологічним явищем, цей процес лежить в основі захворювання всього організму», що зумовлює необхідність міждисциплінарної взаємодії лікарів як дієвого засобу, спрямованого на покращення здоров'я людини.

АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Сапожниченко Л.В., Бойко Д.О., Логачов В.І., Сікора Г.І.

Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони Здоров'я України», м. Дніпро, Україна

Мета: оцінити відповідність медикаментозної терапії, яку отримували пацієнти з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) та фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) < 50% на стаціонарному лікуванні в ДЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології та кардіохірургії» ДОР» (КЗ «ДОКЦКК»ДОР)), клінічними рекомендаціями.

Матеріал та методи: Ретроспективно було проаналізовано 133 історії хвороб пацієнтів із ХСН ФВ ЛШ < 50% і серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Діагноз ХСН встановлювали при наявності клінічних симптомів та ознак, характерних для СН, даних які підтверджували ССЗ та сприяли розвитку СН, а також показників ФВ ЛШ за даними трансторакальної ехокардіографії. Пацієнти були розподілені на 2 групи в залежності від ФВ ЛШ: зі зниженою ФВ ЛШ (СНзФВ) - 58 осіб (43,6%) та з середнім рівнем ФВ ЛШ (СНсрФВ) - 75 осіб (56,4%). Групи були співставлені за статтю: СНзФВ – 81% (47) чоловіки та 19% (11) жінки, СНсрФВ – 80% (60) та 20% (15) відповідно. Середній вік осіб групи з СНзФВ складав $53,7 \pm 13,4$ років, із СНсрФВ – $64,3 \pm 10,6$ років. У групі з СНзФВ ІІ ФК ХСН за НУНА діагностовано у 24% хворих, а ІІІ ФК – у 76% хворих. У групі з СНсрФВ ці показники склали 55% і 45% відповідно. В анамнезі у пацієнтів із СНзФВ діагноз ІХС: стенокардія встановлено у 56% хворих, постінфарктний кардіосклероз – у 29%, постміокардитичний кардіосклероз – у 15% пацієнтів. У групі з СНсрФВ стенокардію виявлено у 60%, постінфарктний кардіосклероз – у 36%, постміокардитичний кардіосклероз – у 4% хворих. Пацієнти групи з СНзФВ у 53% випадків мали діагноз гіпертонічна хвороба, цукровий діабет – 14%. У групі хворих із СНсрФВ дані захворювання склали 73% та 21% відповідно.

Результати: хворі обох груп отримували терапію: β -блокатори (ББ) (СНзФВ–80%, СНсрФВ–63,7%), інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) (СНзФВ – 29,3%, СНсрФВ – 21,3%), інгібітори рецепторів ангіотензину-ІІ (БРА) (СНзФВ – 20,6%, СНсрФВ – 23,3%), антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМР) (СНзФВ – 93%, СНсрФВ – 78,5%). Проведений аналіз показав: при ІХС частіше призначали ББ, ІАПФ та комбінацію ББ + АМР. Згідно даних, пацієнти групи з СНзФВ достовірно частіше отримували β -блокатори та АМР, а також комбінацію ББ + ІАПФ + АМР та ББ + АМР.

Висновок: проведений аналіз показав суворе дотримання лікарями рекомендацій з лікування хронічної серцевої недостатності зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка.

ВПЛИВ ДИХАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Смирнова Г.С.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
м. Київ, Україна*

Мета: оцінити вплив дихальної реабілітації на якість життя хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) ішемічної етіології у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи дослідження: проведено проспективне дослідження з участю 102 хворих (58 чоловіків та 44 жінок, середній вік $68,2 \pm 4,5$ років) зі стабільною ішемічною хворобою серця (стенокардія навантаження та/чи інфаркт міокарду в анамнезі), госпіталізованих з приводу декомпенсації ХСН та наявним в них ХОЗЛ. Всі пацієнти у випадковому порядку були розділені на дві групи: контрольну ($n = 50$) склали особи, які одержували тільки стандартну терапію ХСН та ХОЗЛ, пацієнти основної групи ($n = 52$) додатково виконували дихальну гімнастику - глибоке повільне дихання, що складається з трьох послідовних фаз: черевного, грудного і ключичного. Спочатку учасники основної групи практикували дихальну гімнастику в положенні на спині або сидячи 4 рази на день, 8-10 вдихів одночасно; потім розвиваючи вправи, вони збільшували кількість підходів до 10 на день і виконували це сидячи, стоячи або при ходьбі. З метою оцінки якості життя всіх хворих було використано Мінесотський опитувальник до початку дослідження та через 1 міс лікування. Для відповіді на кожне питання хворому пропонувалось самостійно використовувати 6-пунктову шкалу Лікерта, відповідно вираженості порушень у зростаючому порядку.

Результати дослідження показали, що через 1 міс проведеного лікування у пацієнтів обох груп було відзначено значуще ($p < 0,05$) підвищення показників якості життя (з $46,3 \pm 3,9$ до $32,5 \pm 3,6$ – контрольна група, з $45,1 \pm 4,1$ до $27,8 \pm 3,1$ – основна група)). При цьому зміни були більш виражені в основній групі у порівнянні з контрольною.

Висновки. Проведення дихальної реабілітації на додаток до стандартної терапії пацієнтам з коморбідною патологією ХСН та ХОЗЛ асоціюється зі значущим покращенням якості життя хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ НА СТАН МІНЕРАЛІЗАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Стецюк І.О.

Запорізький державний медичний університет, м.Запоріжжя, Україна

Мета дослідження: дослідити особливості впливу супутнього ожиріння на стан мінералізації кісткової тканини у жінок з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали і методи: До відкритого проспективного дослідження в паралельних групах залучено 100 жінок з діагнозом ІХС: стенокардія напруги II-III ФК (середній вік $64,59 \pm 1,02$ років): 1 група (основна) – 48 жінок з ожирінням I-II ступеня; 2 група – 29 жінок з надлишковою вагою; 3 група – 12 жінок з нормальною масою тіла. Контрольна група – 11 здорових жінок. Усім жінкам проводили визначення антропометричних параметрів з підрахунком індексу маси тіла (ІМТ); вивчали показники МЦКТ (за Т, Z-критеріями) методом ультразвукової остеоденситометрії на апараті Omnisense 7000; використовували алгоритм FRAX для визначення 10-річного ризику виникнення переломів. Статистичну обробку результатів проводили відповідно до критеріїв доказової медицини.

Результати та їх обговорення: Встановлено, що у жінок з ІХС та ожирінням Т-критерій для великогомілкової кістки був вірогідно нижче порівняно з відповідними показниками у жінок, хворих на ІХС з нормальною масою тіла та жінками з надлишковою вагою ($-1,4$ SD проти $-0,2$ SD та $0,4$ SD відповідно; $p < 0,05$). Z-критерій для фаланги пальця також був нижче у групі жінок з ІХС та ожирінням порівняно з відповідними показниками у жінок, хворих на ІХС з надлишковою вагою ($+0,3$ SD проти $+0,35$ SD; $p < 0,05$), для променевої кістки – порівняно з жінками, хворими на ІХС з нормальною масою тіла та жінками з надлишковою вагою ($-0,50$ SD проти $-0,05$ SD та $+0,00$ SD відповідно; $p < 0,05$). Однак, 10-річний ризик розвитку остеопорозних переломів за алгоритмом FRAX для фаланги був дещо нижче у групі з надлишковою вагою та ожирінням порівняно з хворими з нормальним ІМТ (6,5% та 8% проти 9,5%; $p < 0,05$). Для підтвердження наявності взаємозв'язку між ІМТ та станом МЦКТ був проведений багатофакторний регресійний аналіз, що підтвердив наявність взаємозв'язку між Т-критерієм променевої кістки та ІМТ ($\beta = 0,57$; $R^2 = 34,50$; $p < 0,05$).

Висновки: Отримані результати свідчать про необхідність підтримання оптимальної маси тіла з метою запобігання патологічного ремоделювання кісткової тканини у жінок з ішемічною хворобою серця в постменопаузальному періоді.

ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

Стуков Ю.Ю., Невмережицька Л.О.

*Державна установа “Національний Інститут серцево-судинної хірургії
ім. М.М. Амосова НАМН України”, м. Київ, Україна*

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) – генетично детерміноване первинне захворювання міокарда, яке характеризується асиметричною гіпертрофією міокарда, збільшенням площі стулок мітрального клапану (МК) з наступним порушенням проведення збудження та внутрішньосерцевим порушенням гемодинаміки.

Метою даної роботи була оцінка генетичного впливу на розвиток ГКМП. Природний перебіг даного захворювання пов'язаний з високим ризиком раптової смерті (1–6 % хворих з ГКМП в рік). Аномальне хаотичне розташування міоцитів “disarray”, що призводить до порушення скоротливої функції міокарду, а також до гіпоксії та ішемії з наступним розвитком фіброзу - це основні гістологічні особливості ГКМП. Існує гіпотеза, що в основі захворювання має місце порушення біомеханізму кальцієвого обміну клітин та зміна енергетичного гомеостазу. Патогенність доведена в 11 генах, серед яких мутації в генах MYH7 та MYBPC3 становлять близько 80% встановлених мутацій. Генетичні тести, які спочатку виконувалися для дослідницьких цілей, стали доступними в повсякденній практиці завдяки тест системам, запропонованими компаніями Genedx, Correlagen, transgenomic-Familion. Та все ж виявлення генної мутації не дозволяє точно передбачити фенотип або прогноз захворювання, хоча є вкрай важливою складовою діагностики ГКМП. Доведено, що у хворих з мутаціями в генах саркомерних білків захворювання маніфестує раніше, і відмічається більш висока частота сімейного розвитку ГКМП і раптової серцевої смерті (РСС), ніж у хворих без мутацій у генах саркомерних білків. Мутації в генах, що кодують важкий ланцюг бета- міозину (MYH7) і міозин-зв'язуючого білка С (MYBPC3), становлять більшість випадків; менш часто залучені гени, що включають серцеві тропоніни I і T (TNNT3, TNNT2), альфа-1 ланцюг стежка-міозину (TRM1) і легкий ланцюг-3 міозину (MYL3). Генетичне тестування пацієнта з ГКМП є важливою складовою комплексу діагностичних заходів, які дозволяють більш ґрунтовно підійти до визначення стадії захворювання та подальшого лікування.

Висновки: ГКМП – це генетично детерміноване захворювання, в основі розвитку якого лежать складні генетичні механізми, які потребують подальшого вивчення. Генетичний скринінг пацієнтів з ГКМП вкрай важливий для визначення прогнозу розвитку захворювання.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОДНО И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Сыпало А.О., Кравчун П.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель: исследовать изменение показателей липидного обмена у больных с ишемической болезнью сердца и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа с одно и многососудистым поражением коронарных артерий.

Материалы и методы. С целью исследования проведено комплексное обследование 75 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа, находящихся на лечении в кардиологическом отделении КУОЗ Харьковской городской клинической больницы №27. Всем больным была проведена мультidetекторная (64-срезовая) компьютерной томографии (КТ) коронарных артерий. Определение показателей липидного обмена, а именно уровня общего холестерина (ОХС) липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), уровня триглицеридов (ТГ) проводили по стандартной биохимической методике. Расчет коэффициента атерогенности (КА) проводили по формуле Климова А.М.: $КА = (ОХС - ЛПВП) / ЛПВП$; уровень липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) = $ТГ / 2,2 \times 0,45$, (ммоль / л); уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) = $ОХС - (ЛПОНП + ЛПВП)$, (ммоль / л). В зависимости от количества сосудистых поражений коронарных артерий, по данным (КТ) все больные с ИБС и СД 2 типа были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу вошло 27 больных с ИБС и СД 2 типа с однососудистым поражением коронарных артерий. Во вторую подгруппу - 48 больных с ИБС и СД 2 типа с многососудистыми поражениями коронарных артерий.

Результаты. В ходе исследования были определены следующие изменения: у больных первой и второй подгрупп среди таких показателей липидного обмена, как ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и КА достоверных различий не было обнаружено ($p > 0,05$), кроме таких показателей, как ТГ и ХС ЛПОНП ($p > 0,05$). У больных с многососудистыми поражениями КА уровень ТГ составил $2,78 \pm 0,69$ ммоль / л против $1,83 \pm 1,28$ ммоль / л у больных с однососудистым поражением КА, уровень ХС ЛПОНП у больных второй подгруппы - $1,29 \pm 0,31$ ммоль / л в отличие от больных первой подгруппы - $0,82 \pm 0,57$ ммоль / л ($p > 0,05$).

Выводы. Значительное повышение уровня ТГ и ХС ЛПОНП играет значительную роль в прогрессировании коронарного атеросклероза с поражением большего количества КА у больных с ИБС и СД 2 типа.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЩОДО ВЕРИФІКАЦІЇ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Тарнавська С.І.

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

Мета дослідження. Розробити та оцінити діагностичні критерії тяжкості бронхіальної астми (БА) у дітей з різною активністю N-ацетилтрансферази для оптимізації якості їх базисного лікування.

Матеріали і методи. В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ м.Чернівці проведено обстеження 49 дітей шкільного віку, хворих на тяжку персистувальну форму БА. Всім дітям проведено комплексне клініко-параклінічне та імунологічне обстеження I-II рівня та визначення генетичного маркера – ацетиляторного статусу за методом В.М. Пребстинг – В.І. Гаврилова у модифікації Тимофєєвої, що характеризував особливості II фази системи біотрансформації ксенобіотиків.

Сформовано дві клінічні групи: до I групи увійшли 33 дітей, хворих на тяжку БА з повільним типом ацетилювання, II групу склали 16 пацієнтів із швидким ацетиляторним фенотипом. За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставимі. Так, хлопчиків у I групі було 72,7%, а у II групі – 81,2% ($p>0,05$). Середній вік пацієнтів I групи дорівнював 11,1 років, а представників II – 12,4 років ($p>0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у дітей зі швидким типом ацетилювання з досить високими показниками чутливості та специфічності у виявленні тяжкого перебігу захворювання реєстрували підвищений вміст у крові загального IgE (≥ 570 МО/мл) та IL-4 ($\geq 14,6$ пг/мл) (чутливість (ЧТ)=71, специфічність (СП)=83, індекс вірогідності (ІВ)(+)=4,2, індекс вірогідності ІВ(-)=2,9). На противагу цьому, в пацієнтів групи порівняння вказані показники не набули вірогідного значення, що відображувалося відповідно нижчими показниками чутливості, специфічності та індексу вірогідності (ЧТ=50, СП=46, ІВ(+)=0,9, ІВ(-)=0,9). Визначення діагностичної цінності різкопозитивних шкірних проб у розвитку тяжкого перебігу астми виявило помірну чутливість та специфічність даного тесту як у дітей I групи (ЧТ=64, СП=52, ІВ(+)=1,3, ІВ(-)=1,4), так і у хворих II групи (ЧТ=67, СП=63, ІВ(+)=1,8, ІВ(-)=1,9) з майже рівноцінними показниками індексу вірогідності.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз показав, що, можливо, всі наведені характеристики відіграють певну роль у формуванні тяжкого перебігу астми, проте вірогідного значення за показниками індексу вірогідності жоден з наведених критеріїв не набув.

ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО РАДІАЦІЙНОГО СИНДРОМУ ЗА ВИКОРИСТАННЯМ S-ГЕТЕРИЛ МОДИФІУОВАНОГО ЦИСТЕАМІНУ

Ткаченко А.І., Узленкова Н.Є., Скоробогатова Н.Г.

*Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва
національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Мета: Оцінити в експерименті ефективність профілактичного введення S-гетерил модифікованого цистеаміну при гострому опроміненні організму.

Матеріали і методи: Досліди проводили на 122 білих щурах самках масою 150 – 160 г, яких утримували на стандартному раціоні у стандартних умовах віварію. Тварин опромінювали на лінійному прискорювачі CLINAC за стандартними технічними умовами: ефективна енергія 6 MeV; поле опромінення 15x15 см, дистанція джерело-об'єкт 100 см; потужність дози 3,2 Гр/хв; поглинута доза 8,2 Гр. Профілактичне введення S-гетерил модифікованого цистеаміну (S-ГМЦ) у дозі 150 мг/кг здійснювали у режимі радіопротектору за 15 – 30 хвилин до опромінення. Експериментальну оцінку ефективності S-ГМЦ проводили за критеріями виживаності опромінених тварин протягом 30 діб, середньої тривалості життя загиблих тварин, підрахуванням абсолютної кількості клітин (АКК лейкоцитів, тромбоцитів і еритроцитів) в периферичній крові, апоптотичної активності клітин кісткового мозку (КМ) та ефективності колонієутворення (ЕКУ) мезенхімальних стромальних клітин (МСК) КМ.

Результати: У дослідах з профілактичним уведенням S-ГМЦ загибель тварин від розгортання гострого радіаційного синдрому (ГРС) складала лише 22 %, що узгоджувалося з даними про зниження глибини падіння кількості клітин лейкоцитів, тромбоцитів та еритроцитів та прискоренням темпів їх відновлення у периферичній крові. За дією S-ГМЦ кількість життєздатних клітин у КМ збільшувалося на 3 добу у 1,4 рази, а кількість клітин з ознаками апоптозу зменшувалося в 1,2 рази в порівнянні з опроміненим контролем. У той же час попереджувалося падіння загальної кількості клоногенних МСК КМ за оцінкою ЕКУ в культурі *in vitro*, що на 7му добу було у 2,5 разів вище ніж в опроміненому контролі.

Висновки: Профілактичне введення S-ГМЦ має ефективний вплив, щодо зниження ступеню важкості ГРС у разі тотального опромінення організму у високих дозах.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РІЗНИХ ГРУП БРОНХОДІЛЯТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ В ПОЄДНАННІ З ІХС

Токарєва А.Ю., Крахмалова О.О., Харченко Ю.Є.

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

Вступ. Сьогодні значуще місце в терапії хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) займає подвійна бронходилатація. Досить часто ХОЗЛ супроводжується наявністю у пацієнтів кардіоваскулярної патології. У хворих з коморбідністю ХОЗЛ та ішемічної хвороби серця (ІХС) не завжди можливо використовувати подвійну бронходилатативну терапію. У зв'язку з цим, монотерапія одним з бронходилататорів залишається актуальною у таких пацієнтів, а питання вибору безпечного бронходилататора залишається відкритим.

Мета: порівняльна оцінка впливу певної групи бронхолітиків на клінічну симптоматику ХОЗЛ і показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у пацієнтів з коморбідністю ХОЗЛ і ІХС.

Матеріали і методи: У дослідженні взяв участь 131 пацієнт з ХОЗЛ групи В у поєднанні з ІХС. Всі пацієнти були розділені на 2 групи: група 1 (69 осіб) - хворі, які одержували терапію β_2 -агоністом тривалої дії (БАТД); група 2 (62 людини) - хворі, які отримували М-холінолітики тривалої дії (МХТД).

Результати дослідження показали перевагу використання МХТД перед БАТД у вигляді зменшення кількості загострень, збереження скорочувальної здатності міокарда і инотропної функції серця, поліпшення діастолічної функції правого шлуночка, яка оцінювалася методом тканинної і імпульсної доплерографії.

Висновки: дані літератури і результати власних досліджень дозволяють вважати МХТД препаратами вибору у пацієнтів з коморбідністю ХОЗЛ і ІХС.

ДОЗИМЕТРИЧНИЙ СУПРОВІД ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Трофимов А.В., Васильєв Л.Л., Свиначенко А.А.

*ДУ "Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України",
Харків*

Вступ. Дистанційна променева терапія, є одним з основних методів радикального лікування раку простати. Однак, лімітуючим фактором для ескалації дози є променеві реакції з боку прилеглих органів ризику. У зв'язку з цим, гостро стоїть питання контролю розподілу дози в обсязі опромінення і навколо нього. На сьогоднішній день, найбільш точним методом визначення поглиненої дози є IN VIVO дозиметрія.

Мета дослідження. Контроль і верифікація дозового навантаження на задню стінку сечового міхура при проведенні радикальної променевої терапії раку передміхурової залози.

В даному дослідженні було обстежено 10 пацієнтів з раком простати I-III стадій пухлинного процесу у віці від 42 до 74 років. В обсяг опромінення входила первинна пухлина з зонами регіонарного метастазування. Разова вогнищева доза становила 2 Гр до сумарної осередкової дози 54 Гр з бустом 20 Гр на передміхурову залозу.

Опромінення пацієнтів проводилося на лінійному прискорювачі Clinac 600C (Varian США) з щоденним контролем розрахованої дози за допомогою напівпровідникової камери для IN VIVO дозиметрії T9113 і універсального дозиметра UNIDOS (PTW Німеччина). Детектор позиціонувався на задній стінці сечового міхура під контролем рентгеноскопії на рентгенсимуляторі (Acuity, Varian) і ультразвукового сканера BK Medical (Данія). Отримані зображення імпортувалися в систему планування ізодозового розподілу, з подальшим визначенням референсної точки, що знаходиться в області розміщення детектора.

Результати. При порівняльному аналізі розрахункових і отриманих при IN VIVO дозиметрії даних було показано розбіжність отриманої дози з розрахованою, яке не перевищувало 2%, що відповідає вимогам протоколів. Розбіжність щоденного вимірювання дози максимально складала 5%. Отримана точність підведення дози забезпечує гарантію якості променевої терапії і попереджає перевищення порогових значень толерантної дози.

Висновки. Дозиметрія IN VIVO є точним методом верифікації розподілу дози в обсязі опромінення і дозволяє з великою точністю контролювати дозове навантаження на критичні органи з подальшою її корекцією в інтер- та інтрафракційному періоді дистанційного опромінення.

ВИЗНАЧЕННЯ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСУ ПУХЛИНИ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ III-IV СТАДІЇ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Харченко Ю.В., Щит Н.Н.

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

Мета дослідження. Визначити рівень естрогену та прогестерону в пухлині хворих на рак яєчників (РЯ) III–IV стадії для проведення гормонотерапії у схемі комплексного лікування.

Матеріали та методи. Рецепторний статус пухлини яєчника був вивчений у 54 хворих на РЯ III–IV (Т3а-сNxM0-1) стадії.

Результати.

Нами доведено, що неoad'ювантна поліхіміотерапія (НПХТ) не впливає на рівень естрогену (ER) та прогестерону (PR). В групі хворих на РЯ як з НПХТ так і без неї ER був позитивним та визначався в 66,7%, у 33,3% ER був негативним. PR був позитивним у 20% хворих з НПХТ та у 37,5% пацієток лікування яких було розпочато з хірургічного втручання. У 80% пацієток з НПХТ та у 62,5% хворих другої групи PR не визначався.

Залежно від віку у хворих на РЯ до 50 років ER був позитивним у 62,5%, в групі хворих старше 50 – у 70%. PR був негативним у 62,5% хворих молодшого віку та у 80% пацієнтів старшої вікової групи.

Рецидив захворювання був встановлений у 29 (53,7%) хворих, у яких в 72,4% був виявлений позитивний ER та у 89,7% негативний PR.

Залежно від показників естрогену та прогестерону 18 хворим на РЯ III–IV стадії, після проведення ад'ювантної поліхіміотерапії, була призначена гормонотерапія. Усі хворі задовільно переносять лікування.

Висновки.

1. Неoad'ювантна поліхіміотерапія не впливає на рівень естрогену та прогестерону.
2. У пацієнтів старше 50 років в більшості випадків спостерігається відсутність прогестерону– 80%.
3. У хворих на РЯ III–IV (Т3а-сNxM0-1) стадії з рецидивом захворювання прогестерон був негативний у 89,7%.

СТАН СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ ТА ПРОТЕОЛІЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ

Хухліна О. С., Ляхович О. Д.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Метою нашого дослідження було визначення показників фібринолітичної та протеолітичної системи у хворих з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) і коморбідними остеоартрозом (ОА) та ожирінням (ОЖ).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 90 пацієнтів, які були поділені на три групи: I групу (n=30) склали хворі, які страждають на ОА колінних суглобів II–III стадії за Kellgren і Lawtense з нормальною масою тіла (ІМТ= 21-25 кг/м²), II групу (n=30) – пацієнти з НАСГ та ожирінням без ОА (ІМТ >30 кг/м²), III групу (n=30) – пацієнти з ОА з НАСГ та ожирінням (ІМТ більше 30 кг/м²). Контрольну групу склали 30 здорових осіб відповідного віку. Середній вік хворих складав (62,3±5,7) років.

Результати й обговорення. Сумарна фібринолітична активність (СФА) достовірно (p < 0,05) знижувалася в I групі на 9,5 %, в II групі-на 17,7 %, в III групі-на 27,87%. Неферментативна фібринолітична активність (НФА) достовірно (p < 0,05) зростала в I групі на 2,86 %, в II групі зменшилася на 37,26 %, в III групі зменшилася на 25,5%. Ферментативна фібринолітична активність (ФФА) достовірно (p < 0,05) в I групі зменшилася на 30,36 %, в II групі збільшилася на 15,15 %, в III групі зменшилася на 32,14%.

Отримані дані свідчать про те, що у групі хворих на ОА із нормальною масою тіла, СФА достовірно знижувалася із переважанням процесів НФА. У групі пацієнтів із НАСГ та ОЖ сумарна фібринолітична активність достовірно знижувалася із незначним переважанням процесів ФФА. У групі пацієнтів із НАСГ, ОА та ОЖ сумарна фібринолітична активність достовірно знижувалася із переважанням процесів НФА.

Лізис азоальбуміну достовірно (p < 0,05) зростав в I групі на 3,96 %, в II групі-на 47,57 %, в III групі-на 37,95%. Лізис азоказеїну достовірно (p < 0,05) зменшувався в I групі на 63,32 %, в II групі зростав на 43,82 %, в III групі зростав на 41,0%. Лізис азоколу достовірно (p < 0,05) в I групі зростав на 37,1 %, в II групі збільшився на 35,11 %, в III групі збільшився на 52,34%.

Висновок. Коморбідний перебіг неалкогольного стеатогепатиту, остеоартрозу та ожиріння супроводжується істотнішим, ніж за їх ізольованого перебігу, підсиленням лізису низько- та високомолекулярних білків, колагенолітичної активності крові, неферментативного фібринолізу, який здійснюється комплексними сполуками гепарину з гормонами і компонентами системи згортання та не пригнічується антиплазміном й антиактиваторами плазміну, як компенсаторна відповідь організму на виражене пригнічення ферментативної ланки фібринолізу.

ВПЛИВ НЕСФАТИНУ-1 НА ПОКАЗНИКИ КАРДИОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Шапаренко О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити вплив несфатину-1 на показники кардіогемодинаміки у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з ожирінням.

Матеріали і методи: У дослідженні прийняли участь 105 хворих, серед яких 56 жінок (53,33%) та 49 чоловіків (46,67%). Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням (n=70), 2 групу – хворі АГ з нормальною масою тіла (n=35).

Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб, серед яких 16 жінок (64%) та 9 чоловіків (36%).

Учасникам дослідження було визначено рівень несфатину-1 з використанням тест-системи фірми Human NES ELISA KIT (Китай) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія).

Ехокардіографічне дослідження проводили за стандартною методикою Фейгенбаум Х. на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) і систолічний об'єм (КСО) (мл) лівого шлуночка (ЛШ) розраховували за методом Simpson (1991), після чого обчислювали фракцію викиду (ФВ) ЛШ (%).

Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету «Statistica 6,0» (StatSoft Inc, США).

Результати: КДО дорівнював $182,39 \pm 2,16$ мл та $238,18 \pm 2,41$ мл у хворих 1 та 2 підгруп відповідно, причому у хворих 2 підгрупи КДО на 23,42 % вище, ніж у хворих 1 підгрупи ($p < 0,05$). КСО склав $84,47 \pm 1,49$ мл та $103,45 \pm 1,68$ мл у хворих 1 та 2 підгруп відповідно, у хворих 2 підгрупи КСО був вище на 18,35 % порівняно з хворими 1 підгрупи ($p < 0,05$). ФВ, навпаки, була вище на 14,59 % у хворих 1 підгрупи, ніж у хворих 2 підгрупи відповідно та склала $58,12 \pm 0,43$ % і $49,64 \pm 0,51$ % у хворих 1 та 2 підгруп відповідно ($p < 0,05$).

Так, за результатами дослідження, несфатин-1 продемонстрував вірогідні прямі зв'язки з КДО ($r=0,41$, $p < 0,05$), КСО ($r=0,46$, $p < 0,05$), та зворотній з ФВ ($r=-0,37$, $p < 0,05$).

Висновки: Нами встановлено, що при збільшенні рівня несфатину-1 у сироватці крові хворих відбувається збільшення КДО, КСО та зменшення ФВ ЛШ. Також нами отримані дані щодо наявності прямих кореляційних зв'язків між рівнем несфатину-1 та КДО, КСО, та зворотного зв'язку з ФВ у обстежених хворих.

ЗНАЧЕННЯ НЕСФАТИНУ-1 У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Шапаренко О.В., Кравчун П.Г.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: Дослідити значення несфатину-1 у розвитку ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали і методи: У дослідженні прийняли участь 105 хворих, серед яких 56 жінок (53,33%) та 49 чоловіків (46,67%). Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням (n=70), 2 групу – хворі АГ з нормальною масою тіла (n=35)

Учасникам дослідження було визначено рівень несфатину-1 з використанням тест-системи фірми Human NES ELISA KIT (Китай) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія).

Для характеристики ожиріння визначався індекс маси тіла (індекс Кетле), який розраховували за формулою: вага (кг)/зріст (м²).

Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету «Statistica 6,0» (StatSoft Inc, США). Для порівняльного аналізу вибірок використовували стандартну програму кореляційного аналізу з розрахунком середніх арифметичних величин: M+m, вірогідності й рівню достовірності (p). При аналізі вибірок, що не підлягають законам Гаусівського розподілу, використовували U-критерій Манна-Уїтні для незалежних вибірок. Для оцінки ступеня взаємозв'язку між вибірками використовували коефіцієнт кореляції (r).

Результати: Було визначено значення несфатину-1 у розвитку ожиріння у хворих на АГ. У хворих на АГ з нормальною масою тіла рівень несфатину-1 склав $8,07 \pm 0,06$ нг/мл, що вірогідно вище ніж у осіб контрольної групи, де значення цього показника становило $4,61 \pm 0,07$ нг/мл ($p < 0,001$). При цьому у хворих на АГ й ожиріння рівень несфатину-1 склав $6,95 \pm 0,04$ нг/мл, що вірогідно вище ніж у осіб контрольної групи, де значення цього показника становило $4,61 \pm 0,07$ нг/мл ($p < 0,001$), проте нижче, ніж у хворих без ожиріння ($p < 0,001$). Несфатин-1, за результатами дослідження, має значення у розвитку ожиріння у хворих на АГ.

Висновки: Отримані дані вказують на залученість несфатину-1 не лише до патогенезу АГ, а й ожиріння.

ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Шахова О.О.

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

Мета дослідження. Дослідити показники лабільності бронхів у дітей підліткового віку, які хворіють на бронхіальну астму середньотяжкого і тяжкого ступенів персистенції.

Матеріали і методи. Проведене комплексне обстеження 27 підлітків на базі алергопульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні №1 м. Чернівці, яке включало спірографічне дослідження з дозованим фізичним навантаженням і пробою з короткодійними β_2 -агоністом. Сформовано 2 клінічні групи порівняння: I група – 13 пацієнтів, в яких діагностовано бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, II група - 14 дітей підліткового віку з тяжким перебігом захворювання.

Отримані результати. Аналіз отриманих результатів показав, що в дітей із середньотяжкою БА, індекс бронходилатації (ІБД) за об'ємом форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) у середньому дорівнював $13,0 \pm 3,1\%$, на рівні дрібних бронхів (МОШ₂₅) – $36,6 \pm 6,4\%$, на рівні середнього калібру бронхів (МОШ₅₀) – $35,6 \pm 7,1\%$. Середній показник індексу бронхоспазму (ІБС) за ОФВ1 – $5,75 \pm 2,1\%$, за МОШ₂₅ – $9,25 \pm 3,4\%$, МОШ₅₀ – $10,0 \pm 3,5\%$. Водночас, в дітей з тяжкою БА показники лабільності бронхів виявились дещо нижчими, зокрема, ІБД (ОФВ1) – $6,5 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ₂₅) – $24 \pm 5,5\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ₅₀) – $17,4 \pm 5,2\%$ ($p > 0,05$). Аналогічними були і показники ІБС (ОФВ1) – $7,1 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ₂₅) – $12,3 \pm 3,2\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ₅₀) – $13,0 \pm 3,7\%$ ($p > 0,05$).

Висновки. Отже, у підлітків з тяжким неконтрольованим перебігом бронхіальної астми порівняно з пацієнтами, у яких відмічався середньотяжкий перебіг захворювання, показники лабільності бронхів виявились нижчими за рахунок виразних змін індексу бронхоспазму і відносно невеликих показників індексу бронходилатації. Можливо, це пов'язано з особливостями запального процесу в дихальних шляхах і процесами ремоделювання бронхів.

ДИНАМІЧНЕ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Шахова О.О., Тарнавська С.І.

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

Мета дослідження. Оцінити клінічно-анамнестичні показники, хворих на бронхіальну астму підлітків у післянападному періоді.

Матеріали і методи. Обстежено 42 дитини підліткового віку, що хворіють на БА, у післянападному періоді, коли в дитини повністю зникали клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів, а також на показники імунологічного статусу організму. Більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження. При цьому, дослідження проведене наприкінці спостереження за вказаною когортою дітей, у подальшому визначатиметься за рейтингом як „актуальне”, а проведене у попередньому періоді – як „анамнестичне”. Рейтинг „анамнестичне дослідження 1” є найбільш віддаленим у часі від актуального дослідження.

Отримані результати. Середній вік дітей даної групи становив $14,2 \pm 0,32$ року (мінімально 10 років, максимально 17 років). Середня тривалість захворювання становила $5,9 \pm 0,77$ років (95%ДІ 3,1-5,5 років), в більшості випадків БА в обстежених дітей можна розглядати як фенотип пізнього початку, який зазвичай асоціює з атопічною природою захворювання. Змішана форма захворювання встановлена у 24 випадках (57,1%), а атопічна – у 18 підлітків (42,9%). У всіх дітей визначалася персистувальна форма захворювання, так, легкий ступінь БА встановлений у 6 хворих (14,3%), середньотяжкий – у 19 (45,2%) і тяжкий – у 40,5% випадків. Оскільки оцінка тяжкості БА багато в чому має суб'єктивний характер, у процесі спостереження відмічені її зміни у бік легшого перебігу. На початку анамнестичного періоду легка персистувальна форма захворювання відмічалася у 7,7%, середньотяжка – у 30,8% і тяжка – у 61,5% дітей. Відмічено, що серед обстежених підлітків суттєво збільшилась частка супутньої алергічної патології, за рахунок зростання поширеності алергічного риніту. Так, на початку анамнестичного спостереження вказана патологія визначалася лише у 55,0% дітей, зумовивши її зростання на 16,4% випадків при актуальному обстеженні.

Висновки. Таким чином, в більшості з обстежених підлітків визначався фенотип бронхіальної астми «пізнього початку» з переважанням змішаної форми та легким і середньотяжким перебігом захворювання, який в процесі динамічного спостереження мав тенденцію до зменшення тяжкості, попри те, що супутня алергічна патологія з віком траплялася частіше.

ВПЛИВ АДИКТИВНОГО СТАТУСУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Юрченко О.М.

*ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України",
м. Харків, Україна*

Мета роботи: оцінка кореляційних зв'язків між параметрами якості життя та об'єктами адикцій у хворих на параноїдну шизофренію.

Контингент і методи дослідження: було обстежено 107 пацієнтів чоловічої статі у віці $36,45 \pm 0,91$ років хворих на шизофренію, параноїдну форму (ПШ). Групу порівняння склали 70 здорових добровольців чоловічої статі у віці $36,53 \pm 1,74$ років.

Для оцінки якості життя використана методика оцінки якості життя за Mezzich. Для комплексного дослідження адиктивного статусу була використана система AUDIT-подібних тестів.

Результати: в обох групах порівняння зафіксована приблизно однакова кількість достовірних кореляційних зв'язків. Проте, у групі хворих на параноїдну шизофренію вони виявились значно слабші і лише зворотні.

Отже, у групі хворих на ПШ виявлено зворотній кореляційний зв'язок між майже усіма складовими якості життя і розладами, пов'язаними із переглядом телепередач.

Більш слабкі зворотні кореляційні зв'язки виявлені між соціо-емоційною підтримкою і залежністю від тютюну; між соціо-емоційною підтримкою, самообслуговуванням та незалежністю у діях і розладами, пов'язаними із сексом; між міжособистісною взаємодією та загальним сприйняттям якості життя і розладами, пов'язаними із їжею; між психологічним й емоційним благополуччям, соціо-емоційною підтримкою, самообслуговуванням і незалежністю у діях, загальним сприйняттям якості життя і виразністю розладів, пов'язаних із алкоголем.

При цьому в групі хворих було зафіксовано зворотні кореляційні зв'язки між розладами, пов'язаними з Інтернетом та комп'ютерними іграми, з одного боку, та віком з іншого боку (антагоністичні відносини).

Висновок. У цілому кореляційні зв'язки між виразністю адикцій і показниками якості життя виявились у хворих зворотними і слабкими, при цьому найбільший негативний вплив на загальне сприйняття якості життя у хворих справляла адикція, пов'язана із переглядом телепередач, а у здорових наявні адикції (як правило - доклінічного рівня) на якість життя практично не впливали, за винятком адикції, пов'язаної із Інтернетом, яка трохи підвищувала суб'єктивне сприйняття якості життя здорових респондентів.

ЗВ'ЯЗОК РІВНІВ АПЕЛІНУ З РОЗМІРОМ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Юшко К.О.

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

Розмір лівого передсердя (ЛП) тісно корелює розвитком з фібриляції передсердь (ФП) та іншими кардіальними подіями. Апельін є функціональним антагоністом ренін-ангіотензинової системи та важливим антиремоделюючим фактором, але його роль в ремоделюванні ЛП не визначена.

Мета. Визначити рівні апеліну в крові у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та дослідити зв'язок апеліну з лінійним розміром ЛП.

Матеріали і методи. Обстежено 70 хворих на АГ 2-3 ступеня з супутнім ЦД (34 чоловіків та 36 жінок) віком від 43 до 70 років. Верифікація АГ, її ступені та стадії проводили згідно Настанови та клінічного протоколу надання медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» від 2012 року. У всіх хворих ЦД 2 типу був діагностований на тлі існуючої АГ. Діагноз ЦД 2 типу встановлювався відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 21.12.2012 №1118. Комплекс обстеження включав загальноклінічні методи, ультразвукове дослідження серця за стандартною методикою з визначенням лінійних розмірів ЛП. Контрольну групу склали 16 практично здорових осіб. Рівні апеліну в крові визначали за допомогою імуноферментного методу.

Результати. Рівні апеліну у хворих на АГ з ЦД 2 типу були вірогідно нижчі за такі у практично здорових осіб і склали 0,882 (0,788; 0,924) нг/мл проти 1,097 (0,944; 1,171) нг/мл, $p < 0,001$. Медіанний лінійний розмір ЛП у обстежених хворих склав 3,3(3,2;3,6) см. Відповідно до дисперсійного тесту Краскела-Уоліса було виявлено, що рівні апеліну вірогідно впливають на розмір ЛП ($\chi^2=20,604$, $p < 0,001$). За даними кореляційного аналізу у хворих на АГ з ЦД 2 типу було визначено вірогідний негативний взаємозв'язок рівнів апеліну з розміром ЛП ($r=-0,45$, $p < 0,001$).

Висновки. Вказані дані можуть свідчити про тісний зв'язок апеліну з патологічними ремоделюванням ЛП, що дозволяє розглядати апелін як можливий предиктор розвитку ФП у хворих на АГ з ЦД 2 типу.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, СУЧАСНІ ЦИФРОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ АНАЛІЗУ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАМИ СМАРТФОНОМ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОГРАМИ VITAPULSE

Явдошняк Х.В., Тащук В.К

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

Аналіз об'єктивізації оцінки варіабельності серцевого ритму (BCP) при дослідженні бази даних pubmed свідчить про наявність 22.193 публікацій з теми "Heart rate variability". Останніми роками приділяється велика увага використанню фотоплетизмографії (ФПГ) за допомогою смартфона з встановленим спеціалізованим додатком і оцінкою показників варіабельності серцевого ритму (BCP). Метою нашого дослідження було вивчити можливість об'єктивізації BCP при гострому інфаркті міокарда (ГІМ) за реєстрації ФПГ на смартфоні, з оцінкою оптимальної програми, що використовують для реєстрації BCP на смартфоні, і стану BCP у хворих на ГІМ залежно передньої/задньої локалізації Q-ІМ, наявної гіпертонічної хвороби (ГХ), загальної фракції викиду (ФВ) при ехокардіографії тощо та співставити можливість об'єктивізації BCP при реєстрації фотоплетизмограми vs звичної електрокардіограми.

Обстеженню піддано 12 хворих на ГІМ, серед яких було 9 (75%) хворих з переднім ГІМ і 3 (25%) з заднім, в половині випадків реєструвалась ГХ III ст, розподіл ФВ свідчив про її збереження >57% у 7 (58,3%) пацієнтів і зниження (<57%) – у 5 (41,7%) хворих. В якості метода оцінки BCP за реєстрації ФПГ на смартфоні визначена програма VITAPULSE v.2.3.2 для Android, як найбільш, що відповідає Європейським рекомендаціям з оцінки BCP. За основу взято наступні показники, BCP (ЧСС (/хв), SDNN (ms), rMSSD (%), pNN50 (%), LF (мс²), LF (%), HF (мс²), HF (%), LF/HF), які розподілялись залежно від діагнозу та призначення β-адреноблокаторів (β-АБ).

Отже дослідження визначило, що використання смартфона в якості фотоплетизмографа для оцінки BCP є ефективним, ГХ і знижена ФВ обмежують хронотропний резерв, відомий несприятливий прогноз при зниженні SDNN-стандартне відхилення середньої тривалості всіх інтервалів R-R, як сумарний ефект вегетативної регуляції кровообігу, якраз і можливий за наявної ГХ і зниженої ФВ, а за зниженої SDNN переважно і призначають β-АБ.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФАКТУ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Яловенко М. І.

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м. Дніпро, Україна*

Мета дослідження: Вивчення особливостей перебігу інфаркту міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST (STEMI), об'єму та локалізації ураження серцевого м'яза у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь (ФП).

Методи дослідження: Обстежено 263 хворих на гострий ІМ (чоловіки-136, жінки-127) у віці від 42 до 86 років (середній вік - $63,27 \pm 4,51$ роки). Всі пацієнти були розділені на 2 групи: 1 група (n = 151) - пацієнти з гострим ІМ без супутніх порушень серцевого ритму; 2 група (n = 112) - пацієнти з гострим ІМ, що виникали на тлі постійної форми ФП. При надходженні до стаціонару пацієнти пройшли загальноклінічне обстеження, стандартну 12-канальну електрокардіограму, ехокардіографію серця та стандартні лабораторні дослідження.

Отримані результати: ІМ з елевацією сегмента ST (STEMI) був діагностований у 57 (37,75%) хворих 1 групи та у 61 (54,46%) пацієнтів 2 групи, проте ІМ без елевації сегмента ST (NSTEMI) був встановлений у 94 (62,25%) хворих 1 групи та у 51 (45,54%) пацієнтів 2 групи. ІМ в анамнезі був зафіксований у 37 (24,50%) хворих 1 групи та у 34 (30,36%) пацієнтів 2 групи.

Між пацієнтами, хворими на STEMI 1 та 2 групи виявлено різницю в локалізації ураження стінок ЛШ. Ураження міокарда передньої стінки ЛШ у 1 групі визначалось у 17 (29,82%) хворих, а у 2 групі – у 21 (34,42%) пацієнтів; нижньої стінки ЛШ у 1 групі у 15 (26,33%) хворих, а у 2 групі – у 12 (19,67%) осіб; бокової стінки ЛШ у 1 групі визначалося у 14 (24,56%) пацієнтів, а у 2 групі – у 19 (31,15%) хворих; міжшлуночкової перетинки у 1 групи діагностовано у 11 (19,29%) осіб, а у 2 групі – у 9 (14,76%) пацієнтів. Встановлено, що у пацієнтів з постійною формою ФП частіше реєструється STEMI з переважним ураженням передньої та бокової стінки ЛШ.

Тривалість стаціонарного лікування була меншою у 1 групі ($12 \pm 1,24$ днів) у порівнянні з 2 групою ($17 \pm 1,46$ днів).

Висновки: Гострий ІМ, що стався на тлі постійної форми ФП, асоціювався з більшими розмірами некрозу міокарда, більш частим ураженням передньої та бокової стінки ЛШ. Наявність постійної форми ФП у хворих з ІМ достовірно збільшувала тривалість стаціонарного лікування.

PHENOTYPES OF COPD IN PATIENTS WITH COPD AND CHD

Kharchenko I.Y.

Government Institution "L.T.Malaya Therapy National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the major causes of morbidity and mortality in Europe and throughout the world. The study of the features of the course of comorbid diseases, namely, COPD and coronary heart disease (CHD) from the standpoint of determining the phenotype of COPD is very relevant. First of all, this will help to optimize the treatment of these patients, improve their quality of life through timely appointed rehab programs and prevention.

The aim of the study was the definition of anamnestic and clinical-functional features of the course of COPD and coronary heart disease (CHD) in patients with frequent and rare exacerbations of COPD.

Materials and methods: 31 patients with COPD in combination with CHD were screened for the detection of a COPD phenotype: 19 males and 12 females with an average age of ($S \pm SD$) $64,45 \pm 10,16$ years. The patients were divided into 2 groups: group A - patients with COPD and CHD, which had a phenotype with frequent exacerbations of COPD (16 pts.); group B included patients with COPD and CHD without frequent exacerbations (15 pts.).

Results. It was determined that 51,6% of the patients had the phenotype of COPD with frequent exacerbations. The average age was ($63,12 \pm 9,23$) years in group A and ($65,86 \pm 11,22$) in group B. The duration of COPD was ($7,56 \pm 3,82$) and ($7,8 \pm 4,55$) in group A and B respectively. And the smoking status (smoking index) was ($31,0 \pm 18,7$) and ($28,4 \pm 13,4$) pack/years in group A and group B respectively. Patients with more exacerbations of COPD had a greater degree of bronchial obstruction than patients with fewer exacerbations. In the correlation analysis, there was a clear statistically significant relationship between tolerance to physical activity and the number of exacerbations per year ($r=0,51$; $p=0,008$).

Conclusion: According to preliminary data, in the 51.6% of patients with COPD and CHD, the phenotype of COPD with frequent exacerbations was manifested.

When performing a 6-minute walk test in patients with a combination of COPD and CHD, it is shown that the distance traveled by the patient correlates back ($r = -0,51$) with the number of exacerbations per year.

PECULIARITIES OF THE BLOOD SPECTRUM CORRECTION IN PATIENCE WITH NON-ALCOGOLIC STEATOGEPATITES AND HYPERTENSION

Khukhlina O. S., Mandryk O. Ie., Antoniv A. A., Kotsiubiichuk Z. Ia.
HSEI of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, Ukraine

The aim of the study was to investigate the possible effects of complex therapy, including Hepadif, Ezetrol and Fosinopril on the blood lipid profile, and the degree of insulin resistance in patients with comorbid course of non-alcoholic steatogepatites (NASH) and hypertension of II stage.

Materials and methods. Sixty patients with NASH with comorbid hypertension of II stage and obesity of I type were included in the study. The control group (30 people) received a hypocaloric diet, Metformin, Essentiale, Atorvastatin (Atocor), Enalapril maleate for 30 days. The main group (30 people) received a hypocaloric diet, Metformin, Hepadif, Ezetrol, Fosinopril for 30 days.

Results and discussion. The blood lipid spectrum was studied by the content of total cholesterol, triacylglycerols, low-density lipoproteins and high density lipoproteins, and calculated the atherogenic index according to the formula. The state of carbohydrate metabolism was determined by the level of fasting glycemia and 2 hours after glucose loading (glucose tolerant test), the content of insulin in the blood was checked by the method of immunoassay analysis, the content of glycosylated hemoglobin in blood.

Conclusions. The study showed that complex therapy consisting of Hepatif, Ezetrol and Fosinopril is effective in the treatment of non-alcoholic steatohepatitis in the background of hypertension of II stage and metabolic syndrome for the correction of the main clinical and biochemical syndromes of the main and concomitant diseases, the lipid spectrum of blood with the elimination of hyper- and dyslipidemia.

THE ROLE OF HYDROGEN SULFIDE IN THE PROGRESSION MECHANISMS OF NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE

Khukhlina O. S., Antoniv A. A., Kotsiubiichuk Z.Ia.

HSEI of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, Ukraine

The aim of the study. To establish the role of hydrogen sulfide in the mechanisms of mutual burden and progression of non-alcoholic steatohepatitis and chronic kidney disease in patients with obesity.

Materials and methods of research. 114 patients with NASH were examined on the background of obesity of I-II degree, including: 52 patients with NASH (group 1) (without accompanying CKD), 62 patients with NASH with a comorbid CKD I-II degree (group 2). The control group consisted of 20 practically healthy persons (PHPs) of the corresponding age and sex.

Results of the research and their discussion. The obtained data testify that a significant increase in the synthesis of collagen and glycoproteins in patients with NASH, which arose on the background of obesity, that comorbid with CKD, which was accompanied by an ineffective resorption of newly formed collagen due to insufficient activation of collagenolysis and proteolysis, a significant imbalance in the system of connective tissue metabolism, which leads to progressive fibrosis of the liver and kidneys and the violation of their functions.

Conclusion. A significant increase in the synthesis of collagen and glycoproteins (fibronectin) in patients with NASH, which was observed on the background of obesity, was established, which is accompanied by an ineffective resorption of newly formed collagen due to inhibition of collagenolysis against activation of proteinase inhibitors (α 2-MG), accompanied by hyperproduction of the fibroblast growth factor, homocysteine, endothelin-1, deficiency in the liberation of hydrogen sulfide and nitrogen monoxide.

INTERRELATION OF APELIN WITH LEFT ATRIUM SIZE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH TYPE 2 DIABETES

Koval S., Iushko K., Starchenko T.

Government Institution "L.T.Malaya Therapy National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv

Introduction. The left atrium (LA) size closely correlates with the development of atrial fibrillation (AF) and other cardiac events. Apelin is a functional antagonist of the renin-angiotensin system and an important antiremodulating factor, but its role in remodeling of LA is not defined.

Purpose. The aim of the study was to determine the blood levels of apelin in patients with arterial hypertension (AH) with concomitant type 2 diabetes (T2D) and to investigate its interrelation with LA size.

Methods. The study involved 70 patients with AH of 2-3 degrees with concomitant T2D (34 men and 36 women) aged 43 to 70 years. The investigation complex included general clinical examination methods, the standard echocardiography procedure with determination of the linear dimension of LA.

Control group consisted of 14 healthy volunteers. The levels of apelin determined using ELISA.

Results. The levels of apelin in patients with AH and T2D were 0,882(0,788;0,924) ng/ml that significantly lower than in control group (1,097(0,944;1,171) ng/ml), $p < 0,001$. According to the Crackel-Wallis dispersion test, it has been found that apelin levels are reliably influence to the LA size ($\chi^2 = 20,604$, $p < 0,001$). The correlation analysis revealed significant negative relationships of apelin with linear dimension of LA ($r = -0,45$, $p < 0,001$).

Conclusion: These data may indicate a close relationship of apelin with pathological remodeling of LA and apelin can be considered as a possible predictor of AF in hypertensive patients with type 2 diabetes.

**PENTRAXIN-3
AS INFLAMMATION MARKER
IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES**

Krapivko S., Molotyagin D., Mayorova M.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

*Department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology
of acad. L.T. Malaya*

Cardiovascular diseases are the leading death and incidences cause in the developed countries of the world. In cardiovascular pathology pathogenesis an important role is played by inflammation.

Pentraxin-3 is the new biomarker which is responsible for inflammation in patients with cardiac pathology which can be used with the diagnostic and predictive purpose and also for primary and secondary prevention of cardiovascular diseases.

It expresses superfluously in the endothelium and the smooth muscled cells, monocytes and macrophages that are components of a vascular tissue and an atherosclerotic plaque.

The aim of present research was to generalize the available pentraxin-3 role data in development of cardiovascular diseases.

For achievement of the aim the literary analysis of scientometric bases has been carried out.

The pentraxin-3 role as new inflammation biomarker at cardiovascular diseases is actively discussed in literature. The pentraxin-3 role at atherosclerosis isn't found out yet. However some scientific research showed that its raised expression is connected with an acute coronary syndrome, and high pentraxin-3 plasma levels predict adverse clinical outcomes in patients with heart failure. Other researchers have submitted data about increased secretion in patients with coronary heart disease.

Higher pentraxin-3 levels were connected with the increased mortality after the had stroke.

Also it has been shown that the this marker level was increased in patients with atrial fibrillation and considerably higher in the blood taken from left atrium auricle in comparison with concentration in peripheral blood that can show the local inflammation promoting atrial fibrillation emergence. While other scientists deny endothelial dysfunction and atherosclerosis communication, the obtained data have contradictory character.

At the same time we didn't found data about participation of this inflammation marker in arterial hypertension pathogenesis and also interrelation with gender and age in literature that is of particular interest in carrying out further researches of this direction.

CAROTID-FEMORAL PULSE WAVE VELOCITY MEASUREMENT AND ITS PREDICTIVE VALUE IN DIAGNOSTIC CORONARY ARTERY DISEASE IN ASYMPTOMATIC PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Lopina N.

*Kharkiv National Medical University, Department of Internal Medicine № 3
and endocrinology, Kharkiv, Ukraine*

The purpose of research – to develop a method for determining carotid-femoral pulse wave velocity (cfPWV) by rheography and conduct its clinical approbation with the evaluation of the reproducibility of the method and its comparison with the ultrasound dopplerographic method for evaluating cfPWV and to assess cfPWV in patients with coronary artery disease (CAD), depending on the presence of diabetes mellitus type 2 (T2DM) and character of coronary arteries lesions and its value in predicting the presence and the severity of the atherosclerotic lesions of the coronary vessels.

Materials and Methods: 131 patients with CAD, mean age of 59.6 ± 9.11 years were examined. Depending on the presence of T2DM patients with CAD were divided into 2 groups: 1st group (n = 70) - patients with concomitant T2DM, 2nd group (n = 61) - patients with CAD without T2DM. All patients were performed coronary angiography to verify the diagnosis of CAD. Also were assessed cfPWV in all patients. We developed a method for determining cfPWV by rheography, which was compared with the ultrasonic measurement technique of cfPWV measurement. The control group consisted of 20 healthy volunteers of corresponding gender and age.

Results: In our study, there was a strong correlation between the values of cfPWV obtained with rheography and ultrasonic measurement ($R=0.99$, $p<0.0001$). The coefficient of variation for intraoperative evaluation of cfPWV was 4.28%, with interoperative assessment - 5.31%, which is acceptable in well-reproduced medical-biological measurements and indicates the homogeneity of the obtained data. The study found that patients with CAD both with concomitant T2DM, and no values had increased levels of cfPWV significantly compared to the control group and the group of comparison ($p<0.05$). In patients with diffuse lesions of coronary arteries with CAD patients with both T2DM, and without cfPWV values were significantly higher than in patients without diffuse coronary artery lesions ($p<0.05$). Prognostic significance of determining the value of cfPWV with predict the presence of diffuse coronary artery disease was set for the value cfPWV more than 11.4 m/s, the sensitivity and specificity of the method constitute 86.0% and 73.3%, respectively, the area under the ROC curve (AUC) - 0.853 ± 0.0319 (95% confidence interval: 0.787-0.906; $p<0.0001$).

Conclusions. Determination cfPWV is important in predicting the presence of diffuse coronary lesions.

REMODELING OF THE MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH HYPERTENSION

Melenevych A.Ya., Sanina K.I.

Kharkiv National Medical University, Department of internal and occupational diseases, Kharkiv, Ukraine

Actuality. In modern medicine, the combined course of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and hypertension (HT) is a significant medical and social problem due to an increase in morbidity, severity of complications, trends in increasing mortality and disability.

Aim: to assess the echocardiographic parameters of the heart and to determine the features of myocardial remodeling in patients with COPD in combination with hypertension.

Methods. In total, 100 occupational COPD (GOLD 2, group B) patients in remission (79 males and 21 females) $54,42 \pm 6,23$ years old were monitored. The COPD group in combination with HT stage II included 69 patients, the isolated COPD group - 31 patients. Echocardiography was performed on ultrasound device RADMIR (Ultima PA).

Results. Patients with COPD in combination with HT stage II showed significantly higher ($p < 0,05$) dimensions of left atrium, left ventricular (LV) wall thickness (interventricular septum and posterior wall thickness), LV end-systolic and end-diastolic volumes, LV end-systolic and end-diastolic diameters, LV mass index, right atrium size compared to the isolated COPD. LV geometry analysis revealed predominance of concentric (50,72%) and eccentric (23,19%) LV hypertrophy in the group of comorbid pathology, which indicates deeper, prognostically unfavorable changes in the myocardium. In the isolated COPD group normal geometry (35,48%) and concentric remodeling (48,39%) of LV prevailed. Increasing the size of the right atrium precedes the formation of the processes of myocardial remodeling in conditions of overload with the volume of right heart chambers. Chronic pulmonary heart was more common in the patients with COPD in combination with HT (43,48%) compared to the isolated COPD (29,03%).

Conclusions. Thus, the combination of COPD and HT promotes structural and functional myocardial changes involving the left and right heart. Prognostically unfavorable types of left ventricular geometry and signs of chronic pulmonary heart were more common in the group of comorbidity. This indicates a more profound remodeling of the left and right parts of the heart and is associated with a high risk of cardiovascular complications.

PENTRAXIN-3 AS MARKER OF DEVELOPMENT AND FORECAST OF CHRONIC HEART FAILURE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Molotyagin D., Krapivko S., Mayorova M.
Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

The diabetes mellitus (DM) is the one of the leading medico-social problems of modern society that is caused by high incidence and its prevalence, frequent emergence of chronic micro- and macrovascular complications.

Last years the question of inflammatory component influence on development and progressing of the chronic heart failure (CHF) at patients with diabetes mellitus 2 type is widely studied.

Aim of the study. To show the pentraxin-3 importance in diagnosis of chronic heart failure in patients with diabetes mellitus 2 type on the survey of specialized literature basis.

Pentraxin-3 (PTX-3) is one of new markers of immune inflammation which is excessively expressed in the endothelium and the smooth muscled cells, monocytes and macrophages (Nerkiz P., 2016). PTX-3 is also known as a gene 14 induced by tumor necrosis factor belongs to superfamily of pentraxins, including the C-reactive protein and serumal P- component of amiloid, long pentraxin PTX-4 and group o neuronal pentraxines.

PTX-3 is a marker of CHF development with the kept emission fraction of the left ventricle (EFLV) and also is used as a forecast predictor at CHF with systolic dysfunction. Inatients with the comorbyde diabetes mellitus 2 type, that induces pro-inflammatory status in the coronary microcirculator course, PTX-3 shows an accurate communication with ventricles remodeling and CHF development with EFLV (Haass M., 2011).

PTX-3 level increase in peripheral blood is associated with diastolic dysfunction presence both in patients without CHF signs, and in patients with CHF with EFLV (Nozaki T., 2011). The increased levels of this marker can indicate ischemia and inflammation at diastolic dysfunction and CHF with EFLV (Hayashida K., 2011).

It has been shown that the PTX-3 levels, along with C-reactive protein and interleukin-6, were more increased in patients with CHF with systolic dysfunction and less - in patients witg CHF with EFLV (Matsubara J., 2011).

It is noted that in patients with CHF with the comorbyde DM 2 type the PTX-3 level didn't change after administration of hypoglycemic therapy, in particular, of a glimepirid while the brain natriyuretic peptide level authentically decreased (Nakamura I., 2014).

Thus, considering the fact that high pentraxin-3 plasma levels are predictors of clinical outcomes adverse in patients with chronic heart failure, routine determination of pentraxin-3 level in wide practice will give the chance of earlier and exacter diagnostics and relevant treatment correction in patients with diabetes mellitus 2 type.

VISCERAL ADIPOSE TISSUE AND ABDOMINAL OBESITY IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Nikiforova Ya.V.

Kharkiv, SI «L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine»

On the basis of SI «L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine» in the framework of the research work №0113U001139 we conducted a survey whose **purpose** was: to study features nutritional status (NS) in patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and hypertension.

Materials and methods. A total of 100 patients with NAFLD, hypertension and obesity that the main group. Patient age averaged (53,0 + 0,8) years. The comparison group comprised 40 patients per NAFLD and hypertension with normal weight and control group consisted of 40 healthy people reciprocal weight by sex and age. All patients were determined by anthropometric measures, monitoring body composition, Computed tomography of the abdomen.

Results and discussion. If in the patients with the control group the percentage of visceral adipose tissue (VAT) did not exceed the reference index of 8%, then in patients with NAFLD in combination with hypertension independently of the body mass index (BMI), along with the increase in waist circumference (WC), there is a significant increase in the percentage of VAT (in the main group - 18 (12; 24) % and 16 [10; 22] % in the comparison group) and visceral obesity index (VOI) indices - 3.7 [2.6; 5.6] C.U. and 3.6 [2.4, 5.8] C.U. (correspondingly) in comparison with the indicators of VOI of the control group, which did not exceed the reference value - 1 (0,86 [0,76; 0,93] C.U.) ($p < 0,05$). The data obtained by us confirm the role of quantitative (%) and qualitative (presence / absence of its dysfunction) of VAT characteristics in the development of NAFLD and hypertension, regardless of BMI. It should be noted that in 19% of women ($n = 4$) from the control group WC values exceeded 80 cm, however signs of visceral obesity were not detected in them (% VAT did not exceed 8% (6.0 [5.0; 7.0] %), VOI did not exceed 1 (0.74 [0.66; 0.96] C.U.), which confirms the need to clarify the concept of abdominal and visceral obesity. Distribution of patients depending on the index of VOI was almost uniform in relation to I, II and III tertile: VOI = 2,2 [1,5; 2,6] C.U. had 36 % of patients, VOI = 4.1 [3.3, 4.6] C.U. – 35 % and VOI = 6.2 [5.6; 7.2] C.U. – 29 % of patients (respectively). When comparing patients with I, II and III tertiels, there were no probable differences in the WC indexes, while the VOI, which exceeded 5.1 U.M. (III third) was associated with the maximum indicators% VAT - 20,0 [15,0; 26,5] %.

Conclusions. Consequently, the activity of VAT (VOI) is associated with an increase in the percentage of VAT, and not with indicators of Wc, which emphasizes the need to emphasize the concept of visceral and abdominal obesity.

CLUSTER ANALYSIS OF THE LATE ONSET BRONCHIAL ASTHMA PHENOTYPE IN CHILDREN DEPENDING ON THE TYPE OF ACETYLTATION

Raut N., Bogutska N.K.

*Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State
Medical University", Chernivtsi, Ukraine*

The aim of the study was to improve the diagnosis of bronchial asthma (BA) with a late debut by evaluating the results of a cluster analysis (CA) of a cohort of children with different types of acetylation.

The study was conducted in parallel clinical groups of comparison, formed by the "case-control" method: 73 patients with a BA debut after 6 years old were examined (34 patients with slow and 39 - with a fast acetylator phenotype (by the method of V.M. Prebsting and V.I Gavrilov in the modification of Timofeeva) According to the basic clinical characteristics the groups of comparison were comparable. CA of a patients' cohort was performed depending on the type of acetylation.

In the cohort of patients with late onset BA with slow acetylation, in contrast to the fast, statistically significant increase in the chances to maintain a greater severity of the condition on the 3rd day of inpatient treatment by the GINA questionnaire (≥ 2) and the chances of using more active desobstructive therapy of exacerbation (with systemic corticosteroids and / or methylxanthines) during treatment in the hospital (8.4 and 4.4 times respectively), and a tendency to increase the chances of more pronounced bronchial lability due to index of bronchospasm were revealed . Two subphenotypes were formed according to the CA of cohort of children with a late onset BA. The predominant subgroup included 47 children, and the rest of the patients formed the minor subphenotype. In the first subgroup, boys were more likely to dominate, more weight was noted at birth, the higher genealogical allergic index, the maintenance of higher grades of severity of the state from 3 to 7 days of inpatient treatment, a higher index of oxygen-dependent microbicidity of eosinophilic granulocytes according to the NBT-test in the stimulated version, and in a smaller cluster - the predominance of girls, birth with lower body weight, the higher rate of severity according to the ACT questionnaire. According to the phenotype of acetylation, clusters did not differ.

The results of CA testify that due to slow acetylation, the late-onset phenotype of BA in children varied mainly due to clinical features, severity of asthma and the particularities of the use of short-acting beta-agonists, whereas in the case of a fast acetylation phenotype the late-onset phenotype of BA in children varied mainly due to the characteristics of atopic reactivity.

CIRCADIAN RHYTHM OF BLOOD PRESSURE IN ADOLESCENTS WITH OBESITY AND ARTERIAL HYPERTENSION

Samoylyk K.

Zaporizhzhya State Medical University

The purpose of the study was determination in children with obesity, circadian rhythm of blood pressure by means of daily monitoring of blood pressure (BP).

Materials and methods. We observed 139 obese children (study group), including 91 boys and 48 girls (mean age 13.65 ± 0.2 years). According to the results of the measurement of office BP, all children of the main group were divided into two subgroups: the first subgroup included 50 (36%) adolescents with obesity and elevated "office" BP above 95 percentiles, that is with arterial hypertension, the second subgroup was 89 (64%) adolescents suffering from obesity, with normative for their age, height and sex BP. The comparison group consisted of 36 healthy children, representative of age and gender. All children were daily monitored by using BP monitor ABPM-04 (Meditech Ltd., Hungary).

The obtained results. According to the results of the study, it was found that normal version of the nightly reduction of systolic BP ("dipper") had about one third of the surveyed ($36,0 \pm 6,8\%$) of the first subgroup ($p < 0,05$) and $42,6 \pm 5,2\%$ children of the second subgroup ($p < 0,05$). Among variants of daily systolic BP profiles in children of 1 subgroup, prevailed the variant with insufficient nocturnal decrease ("non-dipper"), which occurred in $54,0 \pm 7,04\%$ of adolescents. In patients from 2 subgroup, the percentage of subjects with insufficient reduction of systolic BP ("non-dipper") was $45,3 \pm 5,3\%$. The most adverse variant of the daily index (DI) with increased systolic BP at night ("night-peaker") was recorded in $10,0 \pm 4,2\%$ of adolescents from the first subgroup ($p < 0,05$). Children with excessive decreased («over-dipper») systolic BP at night among both subgroups were no found. Normal diastolic BP reduction at night met with equal frequency in both subgroups, but twice less than in the comparison group, $p < 0,05$. The "non-dipper" type of diastolic BP DI, as well as systolic, predominated in adolescents from 1 subgroup ($44,0 \pm 7,02\%$, $p < 0,05$) and found in $35,9 \pm 5,5\%$ of adolescents from 2 subgroup ($p < 0,05$). Number of people with excessive reduction of diastolic BP («over-dipper»), which can lead to hypoperfusion and the occurrence of myocardial ischaemia [S. Yu Akhunova et al. (2011), V.V. Popov (2006)], were found in $19,9 \pm 5,6\%$ and $29,2 \pm 4,8\%$ of the examined in 1 and 2 subgroups, respectively. The proportion of people with a paradoxical increase of diastolic BP at night met only in the first subgroup and was $2,0 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$).

Conclusions. Violations of BP circadian rhythms in obese children was manifested by an increase of the proportion of pathological types, that is, "non-dipper", "night-peaker" and "over-dipper" at the expense of "dipper"-variant. Elevation of BP at night is a potentially dangerous factor in connection with the increased likelihood of cardiac and cerebrovascular diseases in obese children.

PECULIARITIES OF LUNG FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE: CHRONIC PYELONEPHRITIS WITH UROLITHIASIS

Viligorska K.V., Khukhlina O.S.

Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases, Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University"

Background. According to the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2015-2017, the problem of comorbid COPD is of high importance for clinical practice.

Aim. Determine the relationship between decreased pulmonary and renal functions in patients with comorbid COPD, chronic kidney disease (CKD):chronic pyelonephritis(CP) and oxalic urolithiasis (UL).

Materials and methods. 178 patients divided into 3 study groups: I -71 patients with COPD (stages GOLD 2,3), CKD:CP and UL; group II - 35 patients with CKD: CP,UL; group III- 37 patients with COPD (stages GOLD 2,3). Control group- 35 practically healthy people. For patients of all groups urinalysis, estimation of creatinine ($\mu\text{mol/L}$) level, glomerular filtration rate (ml/min/1.73m^2), spirometry with bronchodilator test were done. Statistical analysis IBM SPSS Statistics v.20.

Results.: Clinical peculiarity of comorbid COPD is low reversibility of broncho-obstructive syndrome:Forced Expiratory Volume in the first second (FEV1) was 3.1%, Forced Vital Capacity/FEV1 ratio (5.2%, $p < 0.05$) due to decreased elasticity of the bronchial wall. The decrease in FEV1 in patients of group I negatively correlated with the level of oxaluria ($r = 0.55$; $p < 0.05$).

Conclusion. The probable cause of such condition is hyperreactivity of bronchi due to additional source of inflammation in kidneys and deposition of oxalate crystals.

ALL ATRIAL MASSES ARE A MYXOMA?

Vyshnevskaya I.R.¹, Sumanova I.A.², Kaaki Mohammad³

¹ Government Institution “L.T. Malay Therapy National Institution of NAMS of Ukraine”, Kharkiv, Ukraine, ² Government Institution “V. T. Zaitsev Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine”, Kharkiv, Ukraine, ³V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

The most frequent benign tumor of the heart is myxomas and accounting in approximately 30% of all primary cardiac tumors. 75% are located in the left atrium. However not all atrial masses might be identify as an atrial tumor. Thus atrial thrombus, metastasis may be mistaken for myxoma. An in-depth review of atrial myxoma is presented, examining the important clinical symptoms and diagnostic indicators. A deep differential diagnostic was made. Echocardiography has become the most useful non-invasive method of investigation. The treatment of atrial myxoma is then discussed, with an emphasis on current therapies. An extensive literature review has been performed to present a comprehensive review of the causes, pathophysiology of atrial myxoma. We present a case of an atrial myxoma. The main purpose of the clinical case presentation was to show such rare condition as an atrial myxoma in patient with combined respiratory disease. The patient had dyspnea as a main and only symptom that started suddenly; they were treated in a hospital of pulmonary diseases where after a full check-up the atrial myxoma has been diagnosed. The protocol treatment had performed and the patient in satisfactory condition has been discharge.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN STUDENTS

Yurtsenyuk O.S.

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovynian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Objective: to study the incidence, clinical and psychopathological structure and phenomenology of non-psychotic mental disorders (NMD) among students of higher educational institutions in the inter-session period.

Materials and methods. The study involved 1200 first-fifth year students of higher educational institutions. All the students (1200 individuals) were divided into two groups – a basic (I) and a comparative ones (II). The main group (N = 471, 39.25%) included 471 students who had been diagnosed with non-psychotic mental disorders, and they were also divided into two groups - the IA group included students with NMD (N = 311, 66.03%), who underwent a comprehensive original diagnostic, treatment and prophylaxis, and an IB control group (N = 160, 33.97%), which included 160 people with NMD who, under certain circumstances, refused to be treated. In order to verify the clinical features of NMD, as the second comparative group (N = 729, 60.75%), 729 virtually healthy students without NMD, were examined. The average age of those examined was $19,94 \pm 1,19$ years. **Methods of research:** clinical, clinical and psychopathological, pathopsychological, statistical ones.

Results. The incidence of non-psychotic mental disorders in students of higher educational institutions has been established. NMD has been found in 471 students which was 39,25% from the total number of those examined.

It has been found that among the disorders of the affective register prevailed: cyclothymia (F 34.0) - in 35 students, representing 7.43% of all diagnosed with NMD and mild depressive episode (F 32.0) was found in 19 students, that is, 4.03%. Analyzing the incidence of neurotic, stress-related and somatoform disorders, it was found that the largest share was the adaptation disorders (F 43.2), 19.32% (91 individuals), mixed anxiety and depression disorder (F41.2) 5.73% (27 students), neurasthenia (F48.0) 7.22% (34 students). Somatoproformal autonomic dysfunction (SAD) was diagnosed in 45 students (9.55%), in particular SAD of the heart and of the cardiovascular system (F45.30) 10 people, 2.12%, SAD of the gastrointestinal tract (F45.31 and F45.32) 16 individuals (3.4%). Among the behavioral syndromes associated with physiological disorders and physical factors, the proportion of people with anorexia nervosa (F50.0) prevailed with 1.27% (6 students).

Conclusions: Therefore, after studying the clinical and psychopathological structure and phenomenology of NMD in students of higher educational institutions, it was found that adaptation disorders, cyclothymia, somatoproformal autonomic dysfunction were dominant, which should be taken into account when compiling diagnostic and preventive programs for young people.

ЗМІСТ

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК ФАКТОР РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ З НЕКЛАПАННОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ <i>Антонюк Ю.В., Прудкий І.В.</i>	3
СПЕКТР ВІРУСНИХ І БАКТЕРІАЛЬНИХ ЗБУДНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМИ НЕ ГОСПІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ <i>Багин Т.М., Дзюблик Я.О.</i>	4
ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧНОГО АРТРИТУ <i>Біловола А.М., Татузян Є.Г., Овчаренко Л. В.</i>	5
ВПЛИВ ЗБЕРІГАННЯ ПЛАЦЕНТИ ПРИ -20°C НА ЗДАТНІСТЬ ЇЇ ЕКСТРАКТИВ ЗНИЖУВАТИ ТЕРМОГЕМОЛІЗ ЕРИТРОЦИТІВ <i>Боброва О.М., Говорова Ю.С., Нарожний С.В.</i>	6
ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ З'ЄДНАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА МЕТОДОМ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ. <i>Бойко М.А.</i>	7
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІМУНОЗАПАЛЬНИХ ТА АДГЕЗИВНИХ ЕФЕКТІВ ОСТЕОПОНТИНУ ТА ТРОМБОСПОНДИНУ-2 У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯМ <i>Борзова-Коссе С.І.</i>	8
ГАЛЕКТИН-3 ЯК МАРКЕР АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ <i>Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Ткаченко М.О.</i>	9
АСОЦІАЦІЯ ВІТРОНЕКТИНУ ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ <i>Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Глебова О.В., Цівенко В.Н.</i>	10
ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ОСТЕОПОРОЗУ <i>Бородавко О.І.</i>	11
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЗСТОСОВАНОЇ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ <i>Босий Р.В., Ортеменка Є.П.</i>	12
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Буряковская А.А., Вовченко М.Н.</i>	13
ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ХОЗЛ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС <i>Гетман Е.А.</i>	14
РОЛЬ БИОМАРКЕРУ МІОКАРДІАЛЬНОГО СТРЕСУ sST2 У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА <i>Гільова Я. В.</i>	15
ВПЛИВ АЗИТРОМІЦИНУ НА АДГЕЗІЮ <i>STAPHYLOCOCCUS</i> SPP. ДО ЕРИТРОЦИТІВ <i>Гринчук Н.І.</i>	16
ВИКОРИСТАННЯ НИЗЬКИХ ДОЗ КОЛХІЦИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	17

<i>Грищенко М.В.</i>	ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: ІЛЮЗІЯ ТА СПОДІВАННЯ	18
<i>Гуцук І.В., Драб Р.Р., Гуцук В.І.</i>	ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ТА АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ, ОБУМОВЛЕНУ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	19
<i>Дарій І.В.</i>	КОРЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ	20
<i>Дудка І.В., Дудка Т.В.</i>	ЗМІНИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q - ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ ПОРУЖЕННЯ ФЕГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ	21
<i>Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Леонідова В.І., Глебова О.В.</i>	ВПЛИВ ТАКТИКИ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q- ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ ПРИ НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ ПРОТЯГОМ 6 МІСЯЦІВ	22
<i>Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Цівенко В.М., Сапричова Л.В.</i>	ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС ТА ЦД 2 ТИПУ НА ТЛІ ДОДАТКОВОГО ВИКОРИСТАННЯ ОМЕГА-3 ПНЖК.	23
<i>Івчина Н.А.</i>	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІВЧАТ 17 – 22 РОКІВ	24
<i>Калиниченко Д. О.</i>	АВТОНОМНІ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	25
<i>Катеренчук О.І., Ждан В.М.</i>	СРАВНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ	26
<i>Колесникова Е.В., Радченко А.О.</i>	ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРА КУРЕНИЯ	27
<i>Колесникова Е. Н.</i>	ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	28
<i>Корниенко В.В.</i>	РОЛЬ ВТОРИННОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ В КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА	29
<i>Корнійчук В. І.</i>	ПРОГНОЗ ВИПАДКУ ГОСТРОЇ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	30
<i>Котелюх М.Ю.</i>	РОЛЬ ЛАКТОФЕРИНУ В ПАТОГЕНЕЗІ РОЗВИТКУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДЕТІЙ РАННЬОГО ВІКУ	31
<i>Крайня Г.В., Леженко Г.О.</i>	ВИВЧЕННЯ АЛЕЛЬНОГО ПОЛІМОРФИЗМУ G634C ГЕНА ВЕФР-А (RS 2010963) У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST	32
<i>Кутя І.М., Родіонова Ю.В., Кобець А.В.</i>	ГИПОНАТРИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ	33

НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	
<i>Лазиди Е.Л., Рудык Ю.С.</i>	
ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НИЗКИ ПОВЕДІНКОВИХ РИЗИКІВ	34
<i>Летяго Г.В., Савел'єва Л.М., Чернуський В.Г., Говаленкова О.Л., Кашина-Ярмак В.Л., Носова О.М.</i>	
ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГЕТЕРОЗИГОТНОЇ СІМЕЙНОЇ ГІПЕРХОЛЕСЕТРИНЕМІЇ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ	35
<i>Мазніченко Є.О.</i>	
ПОЛІМОРФІЗМ M235T АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ: ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ	36
<i>Меденцева О.О., Рудик Ю.С.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИБРОБЛАСТОВ ПОСЛЕ 2D И 3D КУЛЬТИВИРОВАНИЯ	37
<i>Моисеев А.И., Божок Г.А.</i>	
МЕСТНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	38
<i>Немальцова Е.В., Симбирёва А.С.</i>	
РОЛЬ ДІЄТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ТА МОДИФІКАЦІЇ ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ	39
<i>Новосад Д.І., Яременко О.Б.</i>	
АНТИАГРЕГАЦИОННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ПРИЕМЕ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА	40
<i>Оврах Т.Г.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ СЕРЦЯ (ретроспективний аналіз випадків)	41
<i>Олефіренко О.В., Самілик М.В.</i>	
ВИКОРИСТАННЯ НАВУШНИКІВ СЕРЕД МОЛОДІ ЯК ОДНА ІЗ НАЙПОШИРЕНІШИХ ПРИЧИН ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ СЛУХУ	42
<i>Остапєць М.О., Ведєньєв С.В.</i>	
ПНЕВМОНИЯ КАК «КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА» ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	43
<i>Острополец А.С.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ	44
<i>Петренко Т. А.</i>	
ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ ТА АНТАГОНІСТИЧНА АКТИВНІСТЬ ПРОБІОТИКІВ, ІММОБІЛІЗОВАНИХ У МОДИФІКОВАНОМУ ГЕЛЕВОМУ НОСІЇ, ПІСЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЗА ТЕМПЕРАТУР –80, –196°C	45
<i>Петров І.В., Буряк І.А., Бабінець О.М.</i>	
МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО УРОВНЮ ЛЕПТИНА И ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ЦИРКУЛЯЦИИ	46
<i>Плохотниченко О.А., Горшунская М.Ю., Тыжженко Т.В., Красова Н.С., Лещенко Ж.А., Гладких А.И., Кравчун Н.А., Полторац В.В.</i>	

ПОЄДНАННЯ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ З СИНДРОМОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <i>Радіонова Т.О.</i>	47
СТАН ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ <i>Радомська Т.Ю., Бородавко О.І.</i>	48
РАЦИОНАЛЬНИЙ ПОДХОД К ТЕРАПІИ ДИУРЕТИКАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Рождественская А.А.</i>	49
СТАН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ <i>Савельєва Н.М.</i>	50
АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА <i>Сапожниченко Л.В., Бойко Д.О., Логачов В.І., Сікора Г.І.</i>	51
ВПЛИВ ДИХАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ <i>Смирнова Г.С.</i>	52
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ НА СТАН МІНЕРАЛІЗАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ <i>Стецюк І.О.</i>	53
ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ <i>Стуков Ю.Ю., Невмережицька Л.О.</i>	54
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОДНО И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Сыпало А.О., Кравчун П.Г.</i>	55
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЩОДО ВЕРИФІКАЦІЇ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ <i>Тарнавська С.І.</i>	56
ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО РАДІАЦІЙНОГО СИНДРОМУ ЗА ВИКОРИСТАННЯМ S-ГЕТЕРИЛ МОДИФІУОВАНОГО ЦИСТЕАМІНУ <i>Ткаченко А.І., Узленкова Н.Є., Скоробогатова Н.Г.</i>	57
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РІЗНИХ ГРУП БРОНХОДІЛЯТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ В ПОЄДНАННІ З ІХС <i>Токарева А.Ю., Крахмалова О.О., Харченко Ю.Є.</i>	58
ДОЗИМЕТРИЧНИЙ СУПРОВІД ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ. <i>Трофимов А.В., Васильєв Л.Л., Свинарєнко А.А.</i>	59
ВИЗНАЧЕННЯ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСУ ПУХЛИНИ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ ІІІ-ІV СТАДІЇ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ <i>Харченко Ю.В., Щит Н.Н.</i>	60
СТАН СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ ТА ПРОТЕОЛІЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ <i>Хухліна О. С., Ляхович О. Д.</i>	61
ВПЛИВ НЕСФАТИНУ-1 НА ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ	62

<i>Шапаренко О.В.</i>	
ЗНАЧЕННЯ НЕСФАТИНУ-1 У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА	63
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	
<i>Шапаренко О.В., Кравчун П.Г.</i>	
ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	64
ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
<i>Шахова О.О.</i>	
ДІНАМІЧНЕ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ	65
АСТМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	
<i>Шахова О.О., Тарнавська С.І.</i>	
ВПЛИВ АДИКТИВНОГО СТАТУСУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА	66
АРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ	
<i>Юрченко О.М.</i>	
ЗВ'ЯЗОК РІВНІВ АПЕЛІНУ З РОЗМІРОМ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ У ХВОРИХ НА	67
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
<i>Юшко К.О.</i>	
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, СУЧАСНІ ЦИФРОВІ ПІДХОДИ ДО	68
ОЦІНКИ АНАЛІЗУ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАМИ СМАРТФОНОМ ЗА ДОПОМОГОЮ	
ПРОГРАМИ VITAPULSE	
<i>Явдошняк Х.В., Тащук В.К.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФАКТУ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST	69
У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	
<i>Яловенко М. І.</i>	
PHENOTYPES OF COPD IN PATIENTS WITH COPD AND CHD	70
<i>Kharchenko I.Y.</i>	
PECULIARITIES OF THE BLOOD SPECTRUM CORRECTION IN PATIENCE WITH	71
NON-ALCOGOLIC STEATOGERPATITES AND HYPERTENSION	
<i>Khukhlina O. S., Mandryk O. Ie., Antoniv A. A., Kotsiubiichuk Z. Ia.</i>	
THE ROLE OF HYDROGEN SULFIDE IN THE PROGRESSION MECHANISMS OF NON-	72
ALCOHOLIC STEATONEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE	
<i>Khukhlina O. S., Antoniv A. A., Kotsiubiichuk Z.Ia.</i>	
INTERRELATION OF APELIN WITH LEFT ATRIUM SIZE IN PATIENTS WITH	73
ARTERIAL HYPERTENSION WITH TYPE 2 DIABETES	
<i>Koval S., Iushko K., Starchenko T.</i>	
PENTRAXIN-3 AS INFLAMMATION MARKER IN PATIENTS WITH	74
CARDIOVASCULAR DISEASES	
<i>Krapivko S., Molotyagin D., Mayorova M.</i>	
CAROTID-FEMORAL PULSE WAVE VELOCITY MEASUREMENT AND ITS	75
PREDICTIVE VALUE IN DIAGNOSTIC CORONARY ARTERY DISEASE IN	
ASYMPTOMATIC PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS	
<i>Lopina N.</i>	
REMODELING OF THE MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH CHRONIC	76
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH HYPERTENSION	
<i>Melenevych A.Ya., Sanina K.I.</i>	
PENTRAXIN-3 AS MARKER OF DEVELOPMENT AND FORECAST OF CHRONIC HEART	77
FAILURE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2	
<i>Molotyagin D., Krapivko S., Mayorova M.</i>	
VISCERAL ADIPOSE TISSUE AND ABDOMINAL OBESITY IN PATIENTS WITH	78

NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE <i>Nikiforova Ya.V.</i>	
CLUSTER ANALYSIS OF THE LATE ONSET BRONCHIAL ASTHMA PHENOTYPE IN CHILDREN DEPENDING ON THE TYPE OF ACETYLATION <i>Raut N., Bogutska N.K.</i>	79
CIRCADIAN RHYTHM OF BLOOD PRESSURE IN ADOLESCENTS WITH OBESITY AND ARTERIAL HYPERTENSION. <i>Samoylyk K.</i>	80
PECULIARITIES OF LUNG FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE: CHRONIC PYELONEPHRITIS WITH UROLITHIASIS <i>Viligorska K.V., Khukhlina O.S.</i>	81
ALL ATRIAL MASSES ARE A MYXOMA? <i>Vyshnevskaya I.R., Sumanova I.A., Kaaki Mohammad</i>	82
CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN STUDENTS <i>Yurtsenyuk O.S.</i>	83
ЗМІСТ	84

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**
присвяченої 25-річному ювілею НАМН України та Дню науки

**ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ:
ВНЕСОК МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ**

24 травня 2018 року, Харків

Підписано до друку 11.05. 2018 р.
Формат 60x84/16. Папір офсет. Гарнітура Times New Roman.
Друк. Цифровий. Ум.друк.арк. 4,5. Замовлення б/н. Наклад 130 прим.
Друк СПД ФО Степанов В. В., м. Харків, вул. Ак. Павлова, 311
Свідоцтво про державну реєстрацію: В00 № 941249 від 28.01.2003 р.