

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
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
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ

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

**«ВНЕСОК МОЛОДИХ ВЧЕНИХ І СПЕЦІАЛІСТІВ
У РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ НАУКИ
І ПРАКТИКИ: НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ»**

15 травня 2015 року

Харків 2015

УДК: 61.001:316.42
В 33

Редакційна рада

Красносельський М.В. (голова)
Вінніков В.А. (заступник голови)
Д.М. Калашник, А.М. Кожина, В.С. Сухін

Відповідальний секретар: В.С. Кулініч

В 33 «Внесок молодих вчених і спеціалістів у розвиток медичної науки
І практики:нові перспективи»: Матеріали науково-практичної
конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої
Дню науки
15 травня 2015 р./Ред. рада Красносельський М.В. (голова) та ін.;
НАМН України та ін.-Х., 2015.- 106 с.

Адреса редколегії:
ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ
ім. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАМН УКРАЇНИ»
м. Харків, вул. Пушкінська, 82, 61024,

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез

ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ім. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАМН УКРАЇНИ», 2015

ЗМІСТ

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ У ПЛАЦЕНТІ ПРИ ЗАТРИМЦІ РОСТУ ПЛОДА РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ	
О.В. Басистий	12
ИЗМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА	
А.В. Бережная, В.А. Тертышный, В.Н. Глиговка.....	13
ВЛИЯНИЕ ТЕЛМИСАРТАНА И КАНДЕСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ АДИПОНЕКТИНА И ЛЕПТИНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ	
В.Н. Бибик, К.Г. Соина, Н.Н. Клименко, Ю.Н. Шапошникова, В.В. Златкина	14
ГАЛЕКТИН-3 – ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	
Г.В. Болотських	14
РОЛЬ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ	
С.І. Борзова-Коссе, С.А. Пилипенко, М.О. Іпатова.....	15
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	
А.А. Буряковская, М.Н. Вовченко	16
ВАРИАНТ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
Е.Ю. Бутова.....	17
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНИАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ	
Т.Л. Валковская, С. А. Олянич.....	18
ОПТИМИЗАЦИЯ ИЗОДОЗНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	
Л.Л. Васильев, А.В. Трофимов	19
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ТЕРАПІЇ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ ЛІМФОЇДНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ	
Р.Й. Вибирана.....	29
NEFATIN-1 AS A FACTOR OF BODY WEIGHT CHANGES IN PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY	
М. Vizir, Т. Ashcheulova.....	20

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТИП БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАУЗЕ М.Н. Вовченко, С.А. Серик.....	21
ВІТАМІННА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ З УРАХУВАННЯМ ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ Ю.В. Волкова	22
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Т.Н. Габисония, Д.В. Минухина	23
УРОВЕНЬ ФАКТОРА РОСТА НЕРВОВ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА А.Ю. Галецкий	24
МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА КАК МАРКЕР НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ДИСПЛАЗИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Н.Ю. Ганьшин, М.С. Хомич, Н.Н. Котовщикова	25
МИКРОТРЕЩИНЫ ЭМАЛИ ВЕСТИБУЛЯРОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ Е.С. Гензицкая, И.И. Заболотная	26
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА У.С. Герасимчук.....	27
НАКОПИЧЕННЯ ПАРАПРОТЕЇНІВ ТА МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ О. І. Гетьман.....	28
ANALYSIS OF PHARMACOTHERAPY COMPLICATIONS OF NSAIDS ADMINISTRATION DUE TO SPONTANEOUS REPORTS IN PODOLSK REGION IN 2013 N.G. Stepanyuk, F.V. Hladkykh.....	29
ИНФОРМАТИВНОСТЬ МАРКЕРОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ С БЕЛКАМИ АДГЕЗИИ КЛЕТОК КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПРОГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ТЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ М.В. Глянько, Н.А. Безденежных, В.Е. Жильчук, Ю.И. Кудрявец, И.Н. Адаменко.....	30
МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНО ЗНАЧУЩИХ ІЗОЛЯТІВ ГРИБІВ С.ALVICANS І С.NON-ALVICANS О.В. Голубка, О.М. Савінова, Г.М. Большакова, І.В. Журавльова, Т.В. Савінова	31
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ХЛОПЦІВ ДО- ТА ПРИЗОВНОГО ВІКУ Г.І. Голубнича, О.В. Морозов.....	32

ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ, ФАКТОРЫ АНГИОГЕНЕЗА И ИНДЕКС РОМА ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКА О.В. Готько, А.С. Плетнёв, В.И. Прохорова, Л.А. Державец, С.В. Лаппо, Т.П. Цырусъ, Л.М. Шишло	33
ДІАГНОСТУВАННЯ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МСКТ-АНГІОПУЛЬМОНОГРАФІЇ Ю. В. Грабовський	34
ВПЛИВ УСКЛАДНЕНЬ НА ПОКАЗНИК ТРИРІЧНОГО ВИЖИВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ В.Я. Грех	35
ОСОБЛИВОСТІ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ТА ІМУННИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ РІЗНОЇ ВИРАЖЕНОСТІ І.С. Громакова	35
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ Н.Ю. Гужва	36
ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ МАКРОСУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ Г.В. Демиденко	37
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ОЦЕНКОЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИНАМИКИ ФУНКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИСТОМАНОМЕТРИИ Т.В. Дерменжи, В.С. Свинцицкий, Л.И. Воробьева, С.В. Неспрядько, А.И. Яцина, А.В. Кабанов	38
ОСОБЛИВОСТІ КОНЦЕНТРАЦІЇ У РОТОВІЙ РІДИНІ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Н.Ю. Ємельянова	39
ДИНАМІКА КОПЕПТИНУ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ОЖИРІННЯ О.С. Єрмак	39
ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Н.М. Железнякова, І.І. Зелена, Т.М. Пасієшвілі, О.В. Степанова, Е.Ю. Фролова-Романюк	40
ДИНАМІКА РІВНІВ sCD40L У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Т.С. Заїкіна, В.Д. Бабаджан, П.Г. Кравчун	41

РІВНІ МЕЛАТОНІНУ У ХВОРИХ НА ГЕРХ ТА ІХС. ЗВ'ЯЗОК ІЗ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ	
О.В. Ізмайлова	42
РОЛЬ sCD40L У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
О.І. Кадікова, О.В. Шапаренко	43
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО ГІПОПНОЕ/АПНОЕ СНУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ІХС	
Д.М. Калашник, І.В. Антонова, Ю.Є. Харченко, О.М. Колеснікова	44
ЛАЗЕРНЕ ТЕСТУВАННЯ ЦИТОЛОГІЧНИХ МАЗКІВ ІЗ ШИЙКИ МАТКИ ЖІНОК НА НАЯВНІСТЬ ПАПІЛОМОВІРУСУ (HPV) ВИСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО ШТАМУ	
Ю.Г. Карпенко, А.П. Пересунько, С.Б. Єрмоленко.....	45
PREDICTIVE VALUE OF ECG-MARKERS OF AUTONOMIC MISBALANCE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE	
О.І. Katerenchuk.....	45
ВІТАМІННО-МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СТАТУС ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ ЗАЛЕЖНО ВІД МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	
Д.А. Кашкалда, Ю.В. Волкова.....	46
БАКТЕРИЦИДНА ДІЯ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ	
Г.О. Ковальова	47
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ВАГІТНИХ	
Г.С. Кодацька, О.І. Цівенко.....	48
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕІНАЗ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА	
М.Ю. Котелюх.....	49
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ГЛЮКО-МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ	
О.А. Кочубей, Т.В. Ащеулова	50
ДІАГНОСТИКА СТАДИЙНОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНИХ САХАРНИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПА	
Н.А. Кравчун, Е.Г. Дорош, І.П. Дунаєва, А.А. Черняєва	51
АДИПОЦИТОКІНИ ЯК МАРКЕРИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
П.П. Кравчун.....	52
INTRAOPERATIVE DETECTION AND LOCALIZATION OF VENOUS THROMBOSIS IN THE VESSELS OF THE PELVIS IN PATIENTS WITH UTERINE CANCER	
Bohdan Kryvokulskyi	52
ОЦЕНКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ВОДНОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ	
Е.Н. Крутько	53

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР СИРОВАТКИ КРОВІ ТА СУДИННО-РУХЛИВА ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	
Н.В. Кузьміна, О.В. Грібенюк	55
АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОЗАПАЛЬНИХ БІОМАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
К.А. Лапшина	56
РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Д.В. Мартовицкий	57
ПРОФІБРОТИЧНИЙ МАРКЕР (МСР-1) У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
А.В.Наріжна	57
ИЗУЧЕНИЕ ДОЗОВОЙ НАГРУЗКИ НА СЛИЗИСТУЮ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИПОЛОСТНОГО ОБЛУЧЕНИЯ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
Е.В. Немальцова, А.С. Нестеренко, Л.Л. Васильев, И.А. Самофалов.....	58
ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
В.Г. Нестеренко	59
IN VIVO ДОЗИМЕТРИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	
А.С. Нестеренко, Е.В. Немальцова, А.В. Трофимов, И.А. Самофалов.....	60
РОЛЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ В РОЗВИТКУ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ 1-2 СТУПЕНЮ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ	
Я.В. Нікіфорова, Г.Д.Фадєєнко	61
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОЙ ОЛИГОМНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ	
С.В. Новохатская.....	62
ВЛИЯНИЕ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ НА ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ИБС И СД 2 ТИПА	
Т.Г. Оврах, С.А. Серик.....	63
РОЛЬ РЕЗИСТИНУ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
О.В. Огнева	64
ІНТЕРЛЕЙКІН-1β ТА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ	
М.О. Олійник	65
ОСОБЕННОСТИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ	
А.С. Острополец	65

ЗВ'ЯЗОК ПУХЛИННОГО ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ З КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ТА МОЛЕКУЛЯРНИМ ПРОФІЛЕМ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	
А.О. Павлова, Т.В. Задворний.....	66
CYTOKINES CHANGES IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS	
N.O. Panko, E.A. Adegoke, M.A. Abiodun	67
СЕРДЕЧНО-ЛЄГОЧНАЯ РЕАНИМАЦІЯ, ЧТО НОВОГО?	
А.А. Парфєнова, В.И. Молодан.....	68
CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE PROGRESSION OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV/AIDS POSITIVE PATIENTS	
O.V. Pidverbetska, A.Y. Savchuk, M.P. Payonk.....	69
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО УРОВНЮ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА	
О.А.Плохотниченко, Л.А. Атраментова, М.Ю. Горшунская, Т.В.Тыжненко, Н.С. Красова, Ж.А. Лещенко, А.И. Гладких, А.К. Почерняев, Ю.А. Опалейко, А.А. Черняева, Н.А. Кравчун, В.В. Полторак	70
ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
О.О. Погребняк.....	71
РОСТОВЫЕ СВОЙСТВ ШТАММОВ S. AUREUS, КУЛЬТИВИРУЕМЫХ НА МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ	
С. В. Пономаренко, О. В. Порт, Т. П. Осолодченко	72
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	
А.С. Попов	73
БІОПСІЯ СИГНАЛЬНОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА (СЛВ) У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ (РТМ) (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	
О.В.Поступаленко, Р.І.Верещакo, Г.О.Вакуленко, О.П.Манжура, К.В.Харченко	74
ВЕРИФІКАЦІЯ СТАНУ СЕРЦЯ І СУДИН У ХВОРИХ ЕССЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ	
Я.К. Радзішевська, Є.Б. Радзішевська	74
РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1β В РАЗВИТИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
В.Р. Романенко	75
СТАН ТРОМБОГЕННОЇ І ВАЗОРГУЛЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	
В.О.Романова, Н.В. Кузьмінава.....	76
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ	
Е.В. Рышкова.....	77
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ ГОМЕОПАТІЇ У СТОМАТОЛОГІЇ	
К.В. Садогурська, Н.І. Куцяк.....	78

ПРОФИЛАКТИКА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ	
A.O. Степовенко.....	79
ВЛИЯНИЕ АДИПОНЕКТИНА И ВИСФАТИНА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
T.E. Стороженко	79
СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКЕ МАТКИ МЕТОДИКАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	
V.C. Сухин, B.A. Феськов, E.B. Блажко, E.B. Сомова.....	80
МІТОТИЧНА АКТИВНІСТЬ В КУЛЬТУРАХ ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІД ЧАС ГАММА-ТЕРАПІЇ ⁶⁰CO НА АПАРАТІ РОКУС-АМ	
T.C. Сипко, H.D. Пшенічна, H.O. Мазник.....	81
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕАЛОКОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПОТИРЕОЗОМ	
C.M. Тельнова.....	82
ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ВІД ОЖИРІННЯ	
O.C. Табаченко.....	83
КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПАТОЛОГІЇ З БОКУ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ	
L.D. Тодоріко, I.O. Сем'янів, Ю.M. Верховод, M.M. Сем'янів, M.O. Данилюк.....	84
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
A.B. Тумка, C.A. Чернова, B.H. Плиговка, Ю.M. Шапошникова.....	85
THE CLINICAL CASE OF NON-HODGKIN LUNG LYMPHOMA	
T.Yu. Uhlyar	86
ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІЗ СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	
M.M. Удовиченко, Г.В. Болотських	86
ДОППЛЕР-УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА СЕМІОТИКА ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ	
Ю. Я. Федуленкова.....	87
ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	
D.A. Фельдман, T.O. Попова, И.В. Червань	88

ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРА ПРОЛИФЕРАЦИИ KI-67 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЦИДИВА ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ Е.В. Харченко, Е.П. Манжура, Г.А. Вакуленко, Р.И. Верещако, В.Е. Мицкевич, В.Г. Корниенко, А.В. Поступаленко	89
ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ НА ОСНОВЕ РАЗНОТИПНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ Ю.Е. Харченко.....	90
ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПЯТИМЕСЯЧНЫХ КРЫС В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЧАСТОТОЙ 800-950 МГЦ М.С. Хомич, Н.Ю. Ганьшин, О.В. Николаева, И.А. Сулхдост	91
ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА НА КОЛЛАПАНОВОЙ МАТРИЦЕ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ И. В. Цыганова, В.Ф. Куцевляк, В. И. Куцевляк, Е. А. Омельченко, А. С. Забирник	92
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЄРСИНІОЗУ Т.І.Черкасова	93
THE FREQUENCY OF IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS OF CANCER STEM CELLS CD44+/CD24- IN PATIENTS WITH BREAST CANCER OF BASAL SUBTYPE S.V. Chekhun, N.O. Novak	94
СТРАТИФИКАЦИЯ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА О.В. Чирва.....	95
ДЕНЕРВАЦІЯ НИРКОВОЇ АРТЕРІЇ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І.В. Чумак.....	96
РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА IRS-1 У РОЗВИТКУ КОМОРИДНОЇ ПАТОЛОГІЇ – ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ А.С. Шалімова	97
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ SCD40L ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ О.В. Шапаренко, О.І. Кадикова, А.О. Калініченко.....	98
РІВЕНЬ АПЕЛІНУ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2 Ю.О. Шеховцова	98

ПОШИРЕНІСТЬ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ НА ЕТАПАХ ПУБЕРТАТУ	
О.В. Шушлягіна.....	99
ВПЛИВ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ НА РІВНІ АПЕЛІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО	
К.О.Юшко.....	100
THORACIC VERTEBRAL TRABECULAR BONE CHANGES FOLLOWING CHEMOTHERAPY IN HODGKIN LYMPHOMA PATIENTS	
Iu.Yavorska.....	101
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СУЛОДЕКСИДУ НА РІВНІ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ФІБРОЗУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ	
Ю.С. Якименко, П.С. Семенових, В.Ю. Гальчінська	102
КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЭЗОМЕПРАЗОЛА И ПРОКИНЕТИКА ИТОПРИДА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	
А.Н. Яли, Е.Н. Кохан, Е.Ю. Воробьева, Ю.Н. Шапошникова, В.Д. Немцова	103
ЗВ'ЯЗОК ЕКСПРЕСІЇ ГЕПСИДИНУ З КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	
Т.М. Яловенко, Т.В. Задворний, А.О. Павлова.....	104
ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ	
М.В. Яресько.....	105

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ У ПЛАЦЕНТІ ПРИ ЗАТРИМЦІ РОСТУ ПЛОДА РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

О.В. Басистий

ДУ «Інститут недіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Київ

На сьогоднішній день рання діагностика і раціональна тактика ведення вагітності при затримці росту плода (ЗРП) залишається актуальною проблемою.

Мета: Вивчити частоту і характер морфологічних змін у плаценті при гемодинамічних порушеннях матково-плацентарного кровотоку при затримці росту плода різного ступеня тяжкості.

Матеріали і методи: Нами було проведено ультразвукове дослідження вагітних із ЗРП, плацентографію, фетометрію і доплерометрію судин у системі «матки-плацента-плід» та морфофункціональне дослідження 80 плацент у вагітних із затримкою росту плода: 40 плацент із групи ЗРП I ступеня, 30 плацент із групи ЗРП II ступеня і 10 плацент із групи ЗРП III ступеня. Контрольну групу склали 20 плацент при неускладненій вагітності. Вивчення гістоструктури плаценти проводили стандартизованим методом.

Результати: Виявлено частоту і характер морфологічних проявів в плаценті у випадках порушень материнського кровотоку (у відсотках по відношенню до числа обстежень у групах): старі інфаркти ЗРП I –12,5%, ЗРП II –20%, ЗРП III –80%; свіжі інфаркти ЗРП I –5%, ЗРП II –13,33%, ЗРП III –30%; афункціональні зони ЗРП I –22,5%, ЗРП II –23,33%, ЗРП III –80%; звуження міжворсинчастого простору ЗРП I –10%, ЗРП II –13,33%, ЗРП III –70%; периворсинковий фібриноід ЗРП I –5%, ЗРП II –6,66%, ЗРП III –60%; міжворсинчастого простору ЗРП I –7,5%, ЗРП II –10%, ЗРП III –20%; ретроплацентарна гематома ЗРП I –5%, ЗРП II –6,66%, ЗРП III –20%. В плацентах контрольної групи будова плацент відповідала гестаційній нормі. Превалювали добре васкуляризовані проміжні диференційовані і термінальні ворсини.

Висновки: Морфологія плацент при затримці росту плода характеризується високою частотою порушень материнського кровотоку з переважанням змін, обумовлених недостатнім припливом материнської крові у міжворсинчастий простір. Частота порушень кровотоку в міжворсинчастому просторі збільшується з наростанням ступеня тяжкості затримки росту плода. Оцінка ступеня васкуляризації ворсин показала зменшення компенсаторної можливості плаценти при недостатньому припливі материнської крові. Зі зростанням ступеня тяжкості затримки росту плода частота гіповаскуляризації ворсин збільшується, а частота надлишкового розвитку судинної сітки, навпроти, зменшується.

ИЗМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

А.В. Бережная¹, В.А. Тертышный¹, В.Н. Плиговка²

¹ Харьковский национальный медицинский университет,

² ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков

В последние годы к факторам риска атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний в качестве дополнительных факторов были включены новые показатели, ассоциированные со статусом щитовидной железы, в частности манифестным и субклиническим гипотиреозом (СГ).

Цель исследования – изучить изменения показателей углеводного обмена у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), абдоминальным ожирением на фоне субклинического гипотиреоза вследствие аутоиммунного тиреоидита.

Материалы и методы. В обследование было включено 85 больных: первая группа – 62 пациента в фазе СГ; вторая группа – 23 пациента с эутиреоидной функцией ЩЖ. Всем больным проводилось измерение стандартных антропометрических показателей, изучались показатели углеводного обмена: глюкоза крови натощак, тест толерантности к глюкозе (ГТТ), определение инсулина, с последующим расчетом показателя инсулинорезистентности НОМА. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «SPSS 13».

Результаты и их обсуждение. Средние значения показателей углеводного обмена в первой группе пациентов составили: глюкоза – $5,79 \pm 0,12$ ммоль/л, инсулин – $17,483 \pm 0,728$ мкЕд/мл, НОМА – $4,362 \pm 0,225$ ЕД, ГТТ через 1 час – $8,870 \pm 0,240$ ммоль/л, ГТТ через 2 часа – $6,387 \pm 0,187$ ммоль/л; во второй группе: глюкоза – $4,436 \pm 0,112$ ммоль/л, инсулин – $12,846 \pm 0,983$ мкЕд/мл, НОМА – $2,522 \pm 0,193$ ЕД, ГТТ через 1 час – $6,559 \pm 0,167$ ммоль/л, ГТТ через 2 часа – $4,655 \pm 0,173$ ммоль/л. Сравнение медиан в группах исследуемых показателей показало, что статистически значимые различия ($p < 0,05$) выявлены между уровнем инсулина и индексом НОМА. Корреляционный анализ определил взаимосвязь между весом тела и глюкозой ($r = -0,214$, $p = 0,043$) и Т4 ($R = 0,206$, $p = 0,047$), так же обнаружена взаимосвязь между ИМТ и инсулином ($r = -0,217$, $p = 0,037$) и Т4 ($R = 0,255$, $p = 0,014$).

Выводы. У пациентов с абдоминальным ожирением, ГБ и сопутствующим субклиническим гипотиреозом нарушения углеводного обмена является существенным метаболическим нарушением, опосредованным скорее всего с периферической действием гормона Т4. Выявлены достоверные изменения массы тела этих пациентов и, соответственно, больший ИМТ связан с задержкой жидкости, характерной для субклинического гипотиреоза.

ВЛИЯНИЕ ТЕЛМИСАРТАНА И КАНДЕСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ АДИПОНЕКТИНА И ЛЕПТИНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

В.Н. Бибик, К.Г. Соина, Н.Н. Клименко, Ю.Н. Шапошникова,
В.В. Златкина

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: исследовать влияние 24 недельной терапии телмисартаном в сравнении с кандесартаном на секрецию адипонектина и лептина, а также на метаболический профиль пациентов с гипертонической болезнью, ожирением и нарушением толерантности к углеводам.

Материалы и методы. В исследование включено 52 человека (28 мужчин и 24 женщины) в возрасте 36-70 лет (средний возраст которых составил 56 ± 2 года). Всем пациентам проводили оценку клинической и гипотензивной эффективности терапии, сомато- и антропометрию. Исследовали основные параметры жирового и углеводного обмена (липидограмма, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), иммунореактивный инсулин, глюкоза), а также показатели секреторной активности жировой ткани (лептин, адипонектин). Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: больные 1-й группы ($n = 26$) получали телмисартан (80 мг 1 раз в сутки), 2 группы ($n = 26$) - кандесартан (16 мг 1 раз в день).

Результаты и их обсуждение. В течение всего периода наблюдения клиническая эффективность и уровень снижения САД и ДАД в обеих группах пациентов не имели клинически-значимых отличий. Оба режима лечения были связаны со значительным снижением общего холестерина и ХС ЛПНП по сравнению с базовыми показателями. 24 недельная терапия с использованием телмисартана (60%, $p < 0,01$), и, в меньшей степени, кандесартана приводила к увеличению секреции адипонектина. При этом содержание лептина повышалось при применении кандесартана ($p < 0,05$), и снижалось при применении телмисартана. Только у пациентов из 1 й группы наблюдалось значительное снижение уровня глюкозы ($P < 0,05$), и гликозилированного гемоглобина ($p < 0,05$), натошак.

Заключение. Результаты исследования показали, что телмисартан, как частичный агонист рецепторов PPAR- γ , и, в меньшей степени, кандесартан, улучшают метаболический профиль и повышают секрецию адипонектина у пациентов с гипертонической болезнью, ожирением и нарушением толерантности к углеводам.

ГАЛЕКТИН-3 – ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Г.В. Болотських

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

Актуальність. Серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду (СН-зЗФВ) є поширеним захворюванням, проте її діагностика й по теперішній час

являє собою складну задачу. Галектин-3 (Гал-3) бере участь у багатьох біологічних процесах та був схвалений у 2010 році у якості маркера для стратифікації ризику серцевої недостатності.

Мета: оцінити рівень Гал-3 у якості діагностичного маркера СНЗФВ у хворих на ішемічну хворобу серця у порівнянні з Nt-pro-BNP.

Матеріали дослідження: Обстежено 44 пацієнта з СНЗФВ II–III ФК ішемічного генезу, ФВ ЛШ > 45%; (27 чоловіків і 17 жінок, середній вік – 60,45±9,8 роки). Контрольну групу склали 11 осіб без супутньої серцево-судинної патології (5 чоловіків та 6 жінок) зі збереженою фракцією викиду без симптомів та ознак серцевої недостатності. У сироватці крові методом ІФА визначали вміст Гал - 3 (Bender MedSystems, Австрія) та Nt-pro-BNP («Вектор Бест», Російська Федерація). Порогове значення для Гал-3 встановлювали на рівні верхньої межі діапазону очікуваних результатів, зазначеного в інструкції до набору для визначення Гал-3, що склало 2,28 нг/мл. Статистична обробка проводилася за допомогою статистичного пакету SPSS 21.0. Статистично значущими вважалися відмінності даних при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У хворих з СНЗФВ рівні Гал-3 (3,13 [2,68; 3,60] нг / мл) були достовірно вище, ніж у групі контролю (2,28 [2,18; 2,61] нг / мл) ($p < 0,001$). При цьому достовірних відмінностей рівнів Nt-pro-BNP у пацієнтів з СНЗФВ та осіб контрольної групи відзначено не було (125,39 [119,25; 203,09] пг / мл та 144,0 [110,95; 271,07] відповідно, $p = 0,77$). У 40 з 44 осіб у групі пацієнтів з СНЗФВ рівень Гал-3 перевищував порогове значення 2,28 нг/мл, що розцінювалось як наявність серцевої недостатності (СН). При використанні порогового значення для Nt-pro-BNP що дорівнює 125 пг/мл, у 25 з 44 пацієнтів у групі СНЗФВ було діагностовано СН. З 11 пацієнтів контрольної групи у 4 осіб відповідно до порогових значень як для Гал-3 так і для Nt-pro-BNP було діагностовано СН. Таким чином діагностична чутливість Гал-3 для виявлення СН у хворих зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка склала 90,9% та була достовірно вище діагностичної чутливості Nt-pro-BNP у даній категорії хворих, яка склала 56,8% ($p < 0,05$). Але в той же час діагностична специфічність обох маркерів була відносно невисока і склала 55,5%.

Висновки. Сироваткові рівні Гал-3 значно підвищуються у хворих з СНЗФВ. Гал-3 є корисним біомаркером для діагностики СН у пацієнтів зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка.

РОЛЬ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

С.І. Борзова-Коссе, С.А. Пилипенко, М.О. Іпатова
Харківський національний медичний університет

Ремоделювання міокарда, особливо дезадаптивний його варіант, є одним з факторів, що сприяють прогресуванню хронічної серцевої недостатності (ХСН) у хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарда. При пізньому постінфаркт-

ному ремоделюванні в процес втягується скоротливий міокард, який залишився неураженим, з додатковим збільшенням об'єму і змінами архітекtonіки лівого шлуночка (ЛШ), результатом чого є розвиток його систолічної та діастолічної дисфункції.

Метою нашого дослідження було вивчення структурно-функціональних характеристик міокарда ЛШ у хворих з постінфарктним кардіосклерозом залежно від вираженості проявів ХСН.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 56 хворих з постінфарктним кардіосклерозом (22 жінки і 34 чоловіки) у віці від 48 до 76 років. У 27 пацієнтів була діагностована ХСН II і у 29 – III функціональних класів за критеріями Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA). Ехокардіографічне обстеження пацієнтів проводилось на апараті Ultima PRO 30 (фірма RADMIR, Україна) за стандартною методикою. У двохмірному режимі визначали кінцево-діастолічний об'єм ЛШ (КДО), кінцево-систолічний об'єм ЛШ (КСО), фракцію викиду (ФВ) і масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ). В М-режимі вимірювали кінцево-діастолічний розмір ЛШ (КДР), кінцево-систолічний розмір ЛШ (КСР) та індекс відносної товщини стінки лівого шлуночка (2 Н/D).

Результати. При аналізі отриманих результатів у 23 хворих була відзначена систолічна дисфункція міокарда (ФВ менше 40 %), у 33-х пацієнтів систолічна функція була збережена (ФВ більше 40 %). Звертало на себе увагу значно більш виражене збільшення показників об'єму і розмірів ЛШ в систолу і діастолу і ММЛЖ у групі хворих з ФВ менше 40 % . У той же час 2Н/D у хворих з проявами систолічної дисфункції виявився достовірно нижче, ніж у пацієнтів з ФВ більше 40 %.

Висновки. У хворих з ФВ більше 40 % процес постінфарктного ремоделювання носить адаптивний характер, у той час як у хворих з ФВ менше 40 % відзначаються ознаки дезадаптації, про що свідчать більш виражена дилатація і гіпертрофія ЛШ, а також і значне стоншення стінки ЛШ, яке відбувається паралельно зі збільшенням ММЛЖ.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУЕ

А.А. Буряковская, М.Н. Вовченко

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

Нарастающий дефицит эстрогенов частично компенсируется усилением образования эстрона в жировой ткани с помощью увеличения ее массы, что в свою очередь способствует развитию инсулинорезистентности.

Целью настоящей работы было изучить особенности уровня гликозилированного гемоглобина у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы. Обследовано 124 женщины. Всем пациенткам определяли содержание ФСГ в сыворотке иммуноферментным методом с использованием набора реактивов Гонадотропин ИФА-ФСГ производства ООО

«Компания Алкор Био». Для определения тестостерона использовали реагенты – «ТЕСТОСТЕРОН-ИФА». Для диагностики менопаузы использовали уровень ФСГ, превышающий 25 МЕ/л. Индекс массы тела рассчитывался по формуле - отношение веса человека в килограммах к росту в квадрате в метрах. Определение состава тела проводилось при помощи импедансной методики на весах. Для оценки липидного обмена определяли общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ). Тяжесть симптомов менопаузы оценивали с помощью менопаузального индекса (МИ), предложенного Киррерман Н. и соавт. в модификации Е.В. Уваровой.

Результаты: в результате пошагового регрессионного анализа получена регрессионная модель ($P < 0,05$), в которую вошли следующие показатели: индекс Купермана, общий холестерин, индекс массы тела, мышечная масса, ФСГ и свободный тестостерон. Из них оказывали достоверное влияние индекс массы тела и свободный тестостерон. Хотя не выявлено достоверного влияния ФСГ ($p = 0,06$), но данные косвенно входят в область регрессионной модели.

Выводы: у женщин в перименопаузе индекс массы тела и уровень свободного тестостерона оказывают влияние на уровень гликозилированного гемоглобина.

ВАРИАНТ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Е.Ю. Бутова

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: Оценка эффективности применения статинов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 64 пациентов (30 мужчин и 34 женщины) с СД 2 типа в сочетании с АГ. Контрольная группа - 20 практически здоровых лиц. Проводили оценку антропометрических показателей, индекса НОМА-IR, исследование углеводного и липидного обменов, эхокардиографию и ультразвуковое исследование общих сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА).

Результаты. В конце 12-недельной терапии, включающей диету, физические нагрузки, прием аторвастатина в дозе 20 мг/сутки было выявлено снижение уровня НОМА-IR на 4,5%, гликозилированного гемоглобина на 16,44%, инсулина на 13,4%, глюкозы в плазме крови на 13,9%. Общий холестерин снизился на 2,9%, триглицериды на 11%, содержание ХСЛПВП повысилось на 20,9%, ХСЛПНП снизилось на 12,8%. Масса тела снизилась на 2,38%, ИМТ на 1,6%, окружности талии на 1,17%. ТИМ ОСА снизилась на 33%. Снизились показатели систолического давления на 14,5% и диастолического – на 13,7%

Выводы. 12-недельная терапия у больных АГ в сочетании с СД 2 типа атор-

вастатином в дозе 20 мг/сут позволяет улучшить показатели углеводного профиля, состояние инсулинорезистентности, липидного обмена, толщины стенки сонных артерий. Отмечается снижение массы тела, способствует снижению уровня АД, улучшает диастолическую функцию миокарда.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНИАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Т.Л. Валковская, С. А. Олянич

*Харьковский национальный медицинский университет,
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала,
Харьков*

Нарушения фосфорно-кальциевого обмена являются наиболее частыми осложнениями у больных с хронической болезнью почек (ХБП) на перитонеальном диализе (ПД), что ухудшает качество жизни и приводит к различным осложнениям.

Цель. Оценить эффективность применения альфакальцидола у пациентов с костно-минеральными нарушениями на ПД.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных (мужчин 10, женщин 20) в возрасте от 37 до 60 лет (49.0 ± 3.5). Проводились общеклинические исследования: уровень мочевины, креатинина, общего белка, альбумина, показатели Kt/V , а также оценивалось содержание кальция, фосфора, паратиреоидного гормона (ПТГ) в плазме крови. В результате у всех пациентов отмечалось достоверное повышение уровня фосфора, кальция, ПТГ, на основании чего они были распределены на 3 группы, в зависимости от степени нарушения фосфорно-кальциевого обмена и ПТГ. 1 группа ($n=9$) имели тяжелую степень гиперпаратиреоза (ПТГ >600 пг/мл), $Ca \times P = 7.15$ ммоль/л; 2 группа ($n=14$) умеренная степень гиперпаратиреоза (ПТГ $>300-600$ пг/мл), $Ca \times P = 5.96$ ммоль/л; 3 группа ($n=7$) легкая степень гиперпаратиреоза (ПТГ <300 пг/мл), $Ca \times P = 4.3$ ммоль/л. На протяжении 12 месяцев больные получали альфакальцидол в дозе от 0,25 мкг до 1 мкг в сутки.

Результаты. Исходно во всех 3 исследуемых группах отмечались высокие показатели фосфора, кальция, ПТГ, которые через 12 месяцев применения альфакальцидола в различной дозировке достоверно снизились за исключением одного пациента.

Выводы. Альфакальцидол может применяться в коррекции костно-минеральных нарушений у пациентов с хронической болезнью почек на ПД.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИЗОДОЗНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.

Л.Л. Васильев, А.В. Трофимов

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

Введение. При планирования лучевого лечения в отделении дистанционной сочетанной лучевой и комплексной терапии ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины» используются различные иммобилизационные устройства. Сканирование пациентов проводилось на компьютерном томографе Toshiba Aquilion 64. Планирование облучения проводилось в планирующей системе Eclipse 8.9 (Varian, США).

В данной работе мы исследовали влияние иммобилизационных устройств на изодозное распределение при расчете плана лечения. Для этого был использован антропоморфный фантом человека и термолюминисцентные дозиметры.

Материалы и методы. На компьютерном томографе было проведено сканирование антропоморфного фантома человека на уровне органов грудной клетки и органов малого таза с применением следующих фиксирующих устройств: вакуумный матрас на все тело, клиновидная подставка под грудную клетку. Далее был составлен план облучения с учетом фиксирующих устройств и без них. В планирующей системе Eclipse была использована встроенная функция автоматического контурирования деки стола, а также были отконтурированы иммобилизационные устройства. Далее было проведено облучение на линейном ускорителе Clinac 600C (Varian) с последующей оценкой полученной дозы.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о важности оконтуривания стола и фиксирующих устройств при подготовке пациентов к лучевой терапии, так как влияние на изодозное распределение иммобилизационных устройств и структур лечебного стола достаточно велико. Отсутствие оконтуривания вышеописанных устройств и структур может приводить к недооблучению планируемого объема облучения.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ТЕРАПІЇ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ ЛІМФОЇДНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ

Р.Й. Вибирана

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

Вступ. На сьогоднішній день немає чітких рекомендацій щодо лікування остеопорозу (ОП) у хворих на хронічну лімфоїдну лейкемію (ХЛЛ) в залежності від ступеня та глибини остеопенічних змін.

Мета. Провести клінічну апробацію лікувальних програм для корекції зменшеної мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у хворих на ХЛЛ.

Матеріали та методи. Обстежено 180 пацієнтів ХЛЛ методом денситометричного дослідження поперекового відділу хребта (ПВХ) на двофотонному кістковому рентгенівському абсорбціометрі DPX-A фірми «LunarCorp.» (США).

Проведено клінічну апробацію лікувальних програм: №1 - препарат «Кальцій-Д3 Нікомед»; №2 - препарат «Осталон»; № 3 - препарат «Бівалос». Призначення та вибір схем лікування залежав від глибини остеопенічних змін ПВХ та показань і протипоказань до призначення медикаментозних середників.

Результати. В загальній групі хворих на ХЛЛ рівень ОП змін кісткової тканини (КТ) перевищує загальнопопуляційні показники і складає понад 50 %.

Призначення препарату «Кальцій-Д3 Нікомед» протягом 4 місяців в дозі 1000 мг на добу у жінок не спричинило достовірних змін МЩКТ. Аналіз стану КТ ПВХ у чоловіків після проведеної терапії показав зростання МЩКТ, достовірне у всіх досліджуваних ділянках, за винятком хребця L2.

Призначення препарату «Осталон» жінкам, хворим на ХЛЛ, призвело до приросту МЩКТ із статистично достовірними даними в L3, L1-L3, L1-L4 (на 5,4%), L2-L3. Вміст мінералів достовірно виріс в L2 та на сумарній ділянці L1-L4 (на 8,5%).

Вміст мінералів в КТ достовірно зріс після терапії «Бівалосом» на всій досліджуваній ділянці (на сумарній ділянці L1-L4 на 18,5%), за винятком хребця L4.

При оцінці впливу на ЯЖ (за анкетною «ЄОДТР-30») виявлено достовірне зростання основних показників в групах жінок, що отримували лікувальні програми корекції стану КТ, в порівнянні з групами чоловіків.

Висновки. Лікувальні програма з використанням препаратів «Кальцій-Д3 Нікомед», «Осталон» і «Бівалос» можуть бути впроваджені в практику лікування остеопенічного синдрому в хворих на ХЛЛ.

NESFATIN-1 AS A FACTOR OF BODY WEIGHT CHANGES IN PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY

M.Vizir, T.Ashcheulova

Kharkov National Medical University

Nesfatin-1, discovered by Oh-I and his coworkers in 2006, is a multi-functional peptide derived from posttranslational processing of the nucleobindin 2 (NUCB2) gene. It is expressed in adipose tissue and is also found in plasma and some endocrine cells of the body. It has been shown to decrease food intake and body weight in rats after central (intracerebroventricular injection) or peripheral administration (Oh-I S., 2006).

According to suggested influence of nesfatin-1 on metabolism in rodents it's important to investigate its clinical significance in humans. First of all it is necessary to assess changes of nesfatin-1 plasma level in patients with morbid body weight fluctuations or diseases associated with obesity.

Thus, decreasing of nesfatin-1 plasma level was found out in patients undergoing gastric bypass or sleeve gastrectomy (Lee WJ., 2013); in patients with lung cancer, especially with significant loss of weight (Cetinkaya H., 2013); with nonalcoholic

fatty liver disease (Basar O., 2012); with polycystic ovary syndrome (Deniz R., 2012); with endometriosis (Şengül Ö., 2014); in pregnant women with gestational diabetes mellitus (Aslan M., 2012), even with lower level of nesfatin-1 in breast milk (Aydin S., 2010), that can be an evidence of autonomous nesfatin-1 production by breast tissue; in patients with type 2 diabetes mellitus compared to healthy subjects and type 1 diabetes mellitus patients (Li QC., 2010); with obesity (Tsuchiya T., 2010); with acute myocardial infarction compared to patients with stable angina pectoris and healthy subjects (Dai H., 2013).

Instead, increased plasma level of nesfatin-1 probably should be found in patients with cystic fibrosis especially in severe stage and the lowest fat mass (Cohen RI., 2013); osteoarthritis, even in synovial fluid (Jiang L., 2013); with paroxysmal supraventricular tachycardia in positive correlation with heart rate (Celic A., 2013); in pregnant women with hyperemesis gravidarum (Gundor S., 2013) and type 1 diabetes mellitus (Li QC., 2010).

And in some cases it is suggested that nesfatin-1 hasn't any role in pathogenesis of disease because of non-significant fluctuations in its plasma level compared with healthy subjects. It was shown in overt and subclinical hyperthyroidism (Gungunes A., 2014); in patients undergoing hemodialysis, whereas it has negative correlation with protein intake (Saldanha JF., 2012); also there isn't any significant difference after anaerobic physical exertion (Ghanbari-Niaki A., 2010) and any sex differences in healthy subjects (Li QC., 2010).

Accordingly to these data circulating nesfatin-1 may modulate metabolism in different diseases and participate in regulating body weight.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТИП БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

М.Н. Вовченко, С.А. Серик

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

Боль в груди является одной из наиболее частых жалоб, с которыми обращаются к врачу женщины, проживающие период перименопаузы. Типичная ангинозная боль является проявлением ИБС, как правило, у мужчин, тогда как у женщин заболевание чаще проявляется нетипичными болевыми ощущениями. Ситуация еще более усложняется при сочетанном течении ИБС и ГЭРБ.

Целью настоящего исследования было определить факторы, влияющие на тип болевого синдрома при сочетанном течении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ишемической болезни сердца у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы. В исследование было включено 38 пациенток с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), обратившихся за консультативной помощью в ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАНМ Украины». Все включенные пациентки находились в периоде перименопаузы. Для описания жалоб у

пациенток с сочетанным течением ИБС и ГЭРБ были проанализированы такие показатели как тип болевого синдрома (типичный/атипичный). Всем пациенткам определяли липидный спектр крови - общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП). Для оценки гормонального статуса проводили измерение ФСГ. Оценка симптомов менопаузы проводилась по опроснику Куперман в модификации Уваровой.

Результаты. Проанализированы факторы, определяющие развитие типичного болевого синдрома в группе пациенток с сочетанным течением ИБС и ГЭРБ. В модель было включено: ХС ЛПНП, менопауза, МИ, гипертоническая болезнь, курение, уровень (NO₂+NO₃), возраст и СД. Анализ данных показал, что на тип болевого синдрома достоверно оказывали влияние такие параметры как тяжесть течения менопаузы (МИ) ($p < 0,001$) и наличие гипертонической болезни ($p < 0,029$). Из этих двух факторов в наибольшей степени на тип болевого синдрома влияла тяжесть течения климактерия, оцененная по МИ.

Выводы: у пациенток с сочетанным течением ИБС и ГЭРБ в большей степени на тип болевого синдрома влияет тяжесть течения климактерия и наличие гипертонической болезни.

ВІТАМІННА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ З УРАХУВАННЯМ ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ

Ю.В. Волкова

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
Харків*

Останнім часом в генезі дифузного нетоксичного зоба (ДНЗ) поряд з йодним дефіцитом важлива роль відводиться дисбалансу вітамінів. Відомо, що поєднаний дефіцит йоду і вітамінів, особливо в період статевого дозрівання істотно порушує функціонування щитоподібної залози (ЩЗ). Встановлено, що цілий ряд вітамінів приймають участь у синтезі та обміні тиреоїдних гормонів.

Враховуючи це, метою даного дослідження стало визначення вмісту окремих вітамінів у підлітків з ДНЗ з урахуванням тиреоїдного статусу.

Обстежено 68 школярів 10-17 років з ДНЗ. Групу порівняння склали 41 односторонній патології ЩЗ, з нормальним статевим і фізичним розвитком. Визначали вміст вітамінів А, Е, В₁ і В₂ (флуориметричним методом) у сироватці крові або добовій сечі. Рівень тиреотропіну (ТТГ) у сироватці крові визначали імуноферментним методом. Значення ТТГ менші 2,5 мМО/л розглядали як оптимальні (стан еутиреозу), діапазон від 2,5 до 4,0 мМО/л – як «нормально високі» (ознаки мінімальної тиреоїдної недостатності), а показники більші 4,0 мМО/л – як «підвищені» (стан субклінічного гіпотиреозу). Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням критеріїв Вілкоксона – Манна – Уїтні (u) і кутового перетворення Фішера (φ).

В результаті проведених досліджень встановлено, що у пацієнтів з «підви-

щеними» значеннями ТТГ рівень вітаміну А (0,80 мкмоль/л) достовірно нижчий, ніж у підлітків з «нормальними» (1,53 мкмоль/л, $P_{u1} < 0,05$) і «нормально високими» (1,30 мкмоль/л, $P_{u2} < 0,05$) показниками гормону. При індивідуальному аналізі рівня вітаміну А у підлітків із ДНЗ у стані еутиреозу встановлено його підвищений вміст у 46,1 % пацієнтів, що достовірно частіше, ніж у хворих з ознаками мінімальної тиреоїдної недостатності (19,2 %, $P_{\phi1} < 0,05$) і, особливо, у стані субклінічного гіпотиреозу (7,7 %, $P_{\phi2} < 0,001$). Вміст вітамінів Е, В₁ та В₂ у підлітків з різним рівнем ТТГ коливався у значних межах і в цілому по групі не відрізнявся від контрольних значень. Однак слід зазначити, що у підлітків з еутиреоїдним станом виявлено зв'язок ТТГ з рівнем тиаміну ($r = 0,74$, $P < 0,03$), а при субклінічному гіпотиреозі – з рибофлавіном ($r = 0,68$, $P < 0,02$).

Таким чином, отримані дослідження підтверджують існування тісного взаємозв'язку між вмістом вітамінів і функціональним станом гіпофізарно-тиреоїдної системи у підлітків з ДНЗ, що свідчить про необхідність їх включення до комплексу лікувально-профілактичних заходів.

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

Т.Н. Габисония, Д.В. Минухина

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей проблемой современной медицины, поскольку характеризуется высокой распространенностью среди населения развитых стран и смертностью. Одной из наиболее часто встречающихся форм ИБС является стабильная стенокардия. Коморбидность стабильной стенокардии и ожирения является триггерным механизмом, запускающим каскад патофизиологических реакций, которые ускоряют процессы формирования атеросклероза сосудов сердца.

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

Материалы и методы. Обследовано 60 больных со стабильной стенокардией, которые были распределены на 2 группы: 1-я - пациенты, имевшие в качестве сопутствующего заболевания ожирение ($n=35$) и 2-я - без ожирения ($n=25$). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Содержание висфатина и адипонектина определяли в сыворотке крови при помощи стандартной методики.

Результаты исследований. Было показано, что у больных 1-й группы уровень висфатина достигал $29,6 \pm 2,0$ нг/мл, что было достоверно выше в сравнении с этим показателем у пациентов 2-й группы - $27,6 \pm 1,7$ нг/мл и у практически здоровых лиц ($19,3 \pm 1,3$ нг/мл) ($p < 0,05$). Содержание адипонектина в 1-й гр. составляло $5,17 \pm 0,22$ нг/мл, что было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов

2-й ($6,02 \pm 0,21$ нг/мл) и контрольной ($12,45 \pm 0,15$ нг/мл) групп. Это может свидетельствовать о том, что гипoadипонектинемия и гипервисфатинемия ассоциируются с развитием ожирения у больных, страдающих стабильной стенокардией.

Выводы. Можно предположить, что подобная дисфункция адипокинового обмена на фоне увеличения массы тела способствует развитию и прогрессированию атеросклероза у больных стабильной стенокардией путем истощения антиатерогенных возможностей адипонектина и активации висфатином метаболических нарушений.

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

УРОВЕНЬ ФАКТОРА РОСТА НЕРВОВ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.Ю. Галецкий

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев

Фактор роста нервов (ФРН) относится к семейству нейротрофинов, уровень которого отражает состояние локальной иннервации тканей в т.ч. миокарда. Согласно литературным данным уровень ФРН при хронической сердечной недостаточности (ХСН) является маркером десенситизации миокарда и предиктором неблагоприятного прогноза ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель: изучить уровень ФРН у лиц пожилого возраста с ИБС в зависимости от систолической дисфункции миокарда.

Материалы и методы: Обследовано 60 больных в возрасте 60–74 лет (средний возраст $68,4 \pm 4,2$). Группы обследованных: I группа – 30 человек с диагнозом ИБС: диффузный кардиосклероз, СН IIА ст. (ФВЛЖ < 45%); II группа – 30 человек с диагнозом ИБС: диффузный кардиосклероз, СН I ст. (ФВЛЖ > 45%). Определение уровня ФРН проводили иммуноферментным методом в образцах сыворотке крови с использованием иммуноферментных наборов (Human Beta-NGF ELISA Kit). Вариабельность сердечного ритма (BCP) проводили методом суточного холтеровского мониторирования ЭКГ на аппарате "DC-03250B" фирмы "Solvaig", оценивались интервалы ЭКГ длительностью 5 минут в активный и пассивный период времени суток в состоянии покоя с исключением из анализа артефактов, нарушений ритма сердца. Параметры систолической функции миокарда ЛЖ оценивали с использованием двухмерной эхокардиографии на аппарате "Xario SSA-660A" фирмы "Toshiba". Статистическая обработка данных была проведена с использованием программы «Statistic» версия 8.0. Все группы обследованных получали стандартную терапию при ИБС.

Результаты исследования показали, что у больных с ИБС и сохраненной систолической функцией миокарда по сравнению с группой здоровых пожилых людей отмечалось снижение уровня ФРН $39,7$ пк/мл по сравнению с группой

пожилых здоровых 62,4 пк/мл. Указанные группы были однородные по изучаемым показателям. В тоже время пациенты с систолической дисфункцией миокарда по уровню ФРН были разделены на тех у которых уровень нейротрофина составлял 36,6 пк/мл в количестве 18 человек и не отличался по сравнению с группой с сохраненной систолической функцией миокарда и тех у кого уровни ФРН были резко снижены 17,6 пк/мл в количестве 12 человек. При анализе клинического состояния и маркеров вегетативной регуляции по данным вариабельности сердечного ритма пациентов с резко сниженным уровнем ФРН наблюдалось снижение симпто-вагального индекса. Так в группе с уровнем ФРН 17,6 пк/мл соотношение LF/HF составляло 1,74 в активный период и 1,56 в пассивный период; в группе с уровнем ФРН 36,6 пк/мл соотношение LF/HF составляло 1,94 в активный период и 2,0 в пассивный период. В группе ИБС с сохраненной систолической функцией миокарда и уровнем ФРН 39,7 пк/мл соотношение LF/HF составляло 2,1 в активный период и 2,2 в пассивный период. Также эти пациенты отличались по ФВ ЛЖ: в группе с уровнем ФРН 17,6 пк/мл ФВ ЛЖ составляла 33% и более тяжелым клиническим течением заболевания, у пациентов с уровнем ФРН 36,6 пк/мл ФВ ЛЖ составляла 42%.

Выводы: Снижение уровня ФРН у больных с ИБС пожилого возраста ассоциировалось с более тяжелым течением заболевания, ухудшением морфо-функционального состояния миокарда и нарушением вегетативной регуляции сердца.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА КАК МАРКЕР НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ДИСПЛАЗИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Н.Ю. Ганшин, М.С. Хомич, Н.Н. Котовщикова

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность: В настоящее время клиническое значение кардиальных проявлений наследственных нарушений структуры и функции соединительной ткани вызывает активную заинтересованность среди исследователей в силу высокой распространенности и тяжести осложнений, которые имеют тенденцию к прогрессированию, особенно среди населения молодого возраста.

Целью нашего исследования было изучение морфофункциональных особенностей сердца, а также частоты и характера кардиальных жалоб у лиц с внешними маркерами недифференцированных дисплазий соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы: На базе 20-й студенческой больницы г. Харькова было изучено 104 истории болезни практически здоровых лиц в возрасте от 17 до 26 лет. Из 104 студентов 37 имели внешние признаки НДСТ разной степени выраженности.

Результаты: Во время изучения историй болезни, в соответствии со степенью выраженности «слабости» соединительной ткани, у 23 студентов было выявлено мало выраженные и у 14 студентов – выраженные признаки НДСТ. У 67 студентов признаки НДСТ не наблюдались. У 80% обследуемых с внешними маркерами НДСТ были выявлены пролапс митрального клапана, дополнительно

аномально расположенные хорды, а также их сочетание. В обследуемых группах с выраженными проявлениями НДСТ частыми были жалобы на боль в области сердца умеренной степени выраженности (84%), ощущение «замирания» сердца (24%), «перебоев» в работе сердца (19%). Приступы учащенного сердцебиения (46%) наблюдались: 1-2 раза в год (10 чел. из 37), 3-4 раза в год (5 чел.), 1-2 раза в месяц (2 чел.).

Выводы: Частота и характер кардиальных жалоб у обследуемых имели высокую степень вариабельности, наиболее частыми симптомами у лиц с внешними маркерами НДСТ были боли в области сердца умеренной степени выраженности, признаки учащенного сердцебиения, реже встречались ощущения «замирания» сердца и «перебоев» в сердечной деятельности. Выявлено, что кардиальные проявления широко распространены у лиц с НДСТ и характеризуются двумя типами признаков: изменениями клапанно-хордального аппарата и полостными изменениями.

МИКРОТРЕЩИНЫ ЭМАЛИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

Е.С. Гензицкая, И.И. Заболотная

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Трещины эмали являются наиболее частым травматическим повреждением и проявлением функционирования зубов.

Цель исследования — изучить морфологию и локализацию микротрещин эмали, их особенности в зубах с клиновидными дефектами. Для этого вестибулярную поверхность 22 образцов изучали методом сканирующей электронной микроскопии. Дефекты диагностировали в зависимости от сложности их выявления (С.Б. Иванова, 1984). На 18 образцах (81,82%) трещины эмали были определены в среднем количестве 1,78 на 1 мм² с шириной открытия 0,15-41,12 мкм. Больше дефектов диагностировалось в пришеечной области (в среднем, 3,21 на 1 мм²), к экватору уменьшалось на единицу площади до 1,62, на режущем крае (бугре) — 0,75 (x300). По характеру направления, в зоне режущего края (бугра) были выявлены только продольные трещины, на экваторе — в сочетании с поперечными (12,5%). В пришеечной области 12 образцов (66,67%) поперечные дефекты преобладали (62,50%). Трещинам I типа соответствовала ширина открытия до 3,0 мкм, II типа — 3,0-10,0 мкм (x1000), III типа — более 10,0 мкм (x750). По морфологическим признакам дефекты можно разделить на возникающие в результате квазихрупкого «разрыва» и «сдвиговых» деформаций. Наличие многочисленных трещин было характерно для образцов с клиновидным дефектом не только в области коронковой поверхности, но и в зоне десенной поверхности, образующих некариозную патологию. Ширина их открытия и протяженность увеличивались по мере приближения к границам дефекта, а направление повторяло их форму. Авторами были подтверждены данные Калининой Ж.П. (2003), что эмаль разрушается преимущественно по хрупкому типу, а в деформируемом участке можно выделить поверхности, где ткань подвергается преимущественному растяжению (выпуклая сторона) и преимущественному сжатию (вогнутая сторона). То есть действие растягивающих сил и касательных напряжений

приводит к образованию дефектов. Таким образом, самым распространенным повреждением эмали является трещина разрывного характера, которая чаще определяется в пришеечной зоне. Но в пришеечной области зубов с некариозной патологией были диагностированы и поперечные дефекты эмали, которые при наличии предрасполагающих факторов следует рассматривать как состояние, предшествующее появлению клиновидных форм. Современные подходы к профилактике их образования требуют более детального изучения.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

У.С. Герасимчук

Харьковский национальный медицинский университет

Цель. Оценка состояния системы оксида азота у лиц с гипертонической болезнью (ГБ) и избыточной массой тела на фоне комбинированной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента с ГБ II стадии и 2 степени. Средний возраст пациентов составил $48 \pm 7,8$ лет. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил $29 \pm 1,5$. Группу контроля составили 16 практически здоровых лиц. Пациенты получали фозид 20 (ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) -20 мг натрия фозиноприла в комбинации с диуретиком- 12,5 мг гидрохлортиазида) однократно в сутки. Определяли уровень S-нитрозотиола, нитритов и нитратов в сыворотке крови иммуноферментным методом. Мониторинг проводили через две и восемь недель от начала терапии.

Результаты. До проведения терапии у обследуемых было установлено достоверное повышение уровня S-нитрозотиола в сыворотке крови в 1,7 раза ($0,38 \pm 0,17$ ммоль/л); ($p < 0,05$). Показатели содержания нитритов составили в среднем $28,05 \pm 3,64$ мкмоль/л; ($p > 0,05$). Установлена тенденция к уменьшению уровня нитратов в сыворотке крови пациентов с ГБ и избыточной массой тела ($23,57 \pm 8,84$ против $24,06 \pm 2,46$ мкмоль/л); ($p > 0,05$).

На фоне проведенного лечения установлено достоверное уменьшение уровня S-нитрозотиола в сыворотке крови на 18,5% и 25,7% соответственно через две и восемь недель. На фоне терапии как через две недели, так и через восемь недель отмечалось увеличение показателей содержания нитритов, соответственно на 10,8% ($18,55 \pm 6,67$ мкмоль/л) и на 18% ($21,0 \pm 6,88$ мкмоль/л) и нитратов на 14, 9% ($27,08 \pm 7,3$ мкмоль/л) и на 12,7% ($28,32 \pm 6,27$ мкмоль/л) соответственно.

Выводы. Установлено достоверное повышение уровня S-нитрозотиола и снижение уровня нитратов, что подтверждает наличие эндотелиальной дисфункции у обследуемых пациентов.

Лечение фозидом 20 сопровождается снижением уровня S-нитрозотиола и увеличением содержания конечных метаболитов оксида азота – нитритов и нитратов.

НАКОПИЧЕННЯ ПАРАПРОТЕЇНІВ ТА МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

О. І. Гетьман

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Визначення чітких критеріїв раннього прогнозування органних дисфункцій у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), ще до того, як з'являться перші ознаки ускладнення, може суттєво покращити прогноз захворювання. Визначення показників білкового обміну, рутинними методами клінічної біохімії, що доступні, в тому числі, для закладів охорони здоров'я первинного рівня, дозволяє у хворих на АГ, виявити синдром «ендогенної інтоксикації», що пов'язаний з накопиченням продуктів зміненого метаболізму білкових молекул при переході патологічного процесу у хронічну стадію.

У 95 хворих різної статі за віком $46,4 \pm 3,2$ років з АГ I ст. (середній рівень систолічного тиску (САТ) $147,6 \pm 3,2$ мм рт. ст. і діастолічного тиску (ДАТ) $95,2 \pm 2,3$ мм рт. ст., та АГ II ст. (САТ $172,4 \pm 3,2$ мм рт. ст. і ДАТ $104,3 \pm 2,7$ мм рт. ст.) відповідно, визначили рівень молекул середньої маси (МСМ), та імуноглобуліни класу IgG, IgA, IgM в сироватці крові методом гель-хроматографії. В групі порівняння, увійшло 20 практично здорових осіб. У хворих з АГ I та II ст., було виявлено накопичення молекул середньої маси - підвищення показника МСМ в 1,3 та 1,4 рази відповідно, у співставленні з групою порівняння. При імуноелектрофорезі білків сироватки крові у хворих з АГ I ст. було виявлено, що рівень IgA та IgG залишався в межах норми, а рівень IgM та IgE був підвищеним, у співставленні з групою порівняння. У хворих з АГ II ст. встановлено більш суттєве збільшення IgM і IgG – на 25 і 34 % відповідно між групами ($p < 0,05$), при нормальних показниках IgA.

При виконанні роботи клінічних, інструментальних, клініко-біохімічних методів, були використані методи комп'ютерної статистичної обробки даних (табличний редактор «Microsoft EXEL») за рекомендаціями Лапач С.Н. та співавторів.

Таким чином, нами було встановлено, що у пацієнтів з АГ визначається тенденція до накопичення середніх молекул та підвищення рівня IgG та IgM. На нашу думку, підвищення вмісту молекул середньої маси може бути безпосередньою причиною ураження біологічних структур через їх пошкоджуючий вплив на клітини та чинити опосередкований вплив, через парапротеїни (IgG та IgM), дія яких призводить до пошкодження стінок судин, порушення їх проникності, крововиливи, що клінічно корелює з ступенем артеріальної гіпертензії і розвитком уражень «органів-мішеней»: серця, судин, нирок, сітківки.

ANALYSIS OF PHARMACOTHERAPY COMPLICATIONS OF NSAIDS ADMINISTRATION DUE TO SPONTANEOUS REPORTS IN PODOLSK REGION IN 2013

N.G. Stepanyuk, F.V. Hladkykh
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

The aim of the research: to study peculiarities of clinical manifestations of side effects caused by administration of diclofenac, ibuprofen, meloxicam and nimesulide with various indications for medical use and to determine their safety profile.

Materials and methods: report forms on adverse events or lack of drugs efficacy (form 137/o). Clinicopharmacological and comparative analyses have been used in investigation.

Results: 1213 report forms on adverse drugs events have been received from different medical institutions of Podolsk region in 2013.

We selected only those report forms where suspected drugs that caused the side effects were diclofenac, ibuprofen, meloxicam and nimesulide. The largest share in the total number of selected non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) makes ibuprofen that caused 45% of all side effects, 40% adverse events were caused by diclofenac, 9% – by nimesulide and 6% – by meloxicam. Adverse reactions of NSAIDs administration appeared the most frequently in women (60% and more of cases). The non-selective NSAIDs (especially diclofenac) were prescribed for all age groups of patients in comparison with the selective ones which have been prescribed in the majority of cases for patients aged from 31 to 60 years. The main indications for NSAIDs administration in the majority of cases were rheumatic (rheumatoid arthritis, osteoarthritis, Bechterew disease, etc.) and non-rheumatic (osteochondrosis etc.) diseases. The allergic reactions in case of ibuprofen administration make 75% of all systemic adverse events, diclofenac – 66,7% nimesulide – 40% and meloxicam – 33,3%. The gastrointestinal disorders formed the next group of systemic adverse reactions, observed in case of diclofenac prescribing in 23.8% and nimesulide – 40%. The cardiovascular disorders were noticed rarely, and primarily in case of selective NSAIDs administration.

Conclusions:

1. The largest number of reported adverse events in Podolsk region was identified in case of non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs administration, such as ibuprofen and diclofenac.

2. The allergic reactions and gastrointestinal disorders are the most common systemic adverse events of the studied non-steroidal anti-inflammatory drugs.

3. The identified adverse events indicate the necessity of careful use of non-steroidal antiphlogistics, especially in patients with diseases of the digestive system, kidneys, circulatory system, central nervous system, allergic history, considering the benefit/risk correlation.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МАРКЕРОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ С БЕЛКАМИ АДГЕЗИИ КЛЕТОК КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПРОГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ТЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

М.В. Глянько¹, Н.А. Безденежных², В.Е. Жильчук³, Ю.И. Кудрявец², И.Н. Адаменко²

¹«Краматорский городской онкологический диспансер»,

Краматорск, ²Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им.Р.Е.Кавецкого НАН Украины, Киев,

³«Ровенский областной онкологический диспансер».

Серьезной проблемой на сегодняшний день остается подбор эффективных схем для лечения больных колоректальным раком (КРР), что также происходит и вследствие недостаточной информированности о дальнейшем развитии процесса после операционного вмешательства и может быть усовершенствовано за счет расширения панели исследуемых фенотипических маркеров опухолевого материала. Именно поэтому целью нашей работы является исследование белков, связанных с лекарственной устойчивостью (Торо II-α и ERCC1) и белка адгезии клеток (Е-кадгерина) как составляющих потенциального прогностического комплекса течения опухолевого процесса у больных КРР и их ответа на соответствующую терапию.

Материалы и методы: в исследование включён материал от 50 пациентов КРР 3-4 стадии (Т3N0M0, Т4N0M0), получивших в 2010 году комплексное лечение по схеме: неоадьювантно - курс телегамматерапии и в адьювантном режиме - от 4 до 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ) по схеме FOLFOX. В послеоперационном периоде иммуногистохимически были оценены - ERCC1, Торо II-α и Е-кадгерин.

Результаты: установлено, что в случае обнаружения в опухолевом материале Торо II-α в сочетании с ERCC1 в комплексе или какого-либо одного маркера выше 40% - в 12 (86%) случаях приводило к прогрессии заболевания и смерти пациента. При этом только в 2 (14%) случаях в наблюдении, имея повышение маркера ERCC1 выше 40%, пациенты пережили период наблюдения (4 года). В то же время при выявлении Торо II-α в сочетании с ERCC1 или какого-либо одного маркера ниже 40% приводило в 17 (85%) случаях к безрецидивной жизни пациента, при этом только 3 (15%) пациента в наблюдении, имея нулевой показатель маркеров, не пережили период наблюдения. Наличие Е-кадгерин-положительных клеток в опухолевом материале ассоциировалось с улучшением прогноза течения опухолевого процесса, особенно в случае отрицательных показателей исследуемых маркеров лекарственной устойчивости (Торо II-α/ ERCC1). Таким образом можно сделать *выводы*, что для оценки эффективности проведения ПХТ платиносодержащими схемами у больных КРР и прогноза течения опухолевого процесса в целом требуется исследование как минимум двух маркеров: Торо II-α и ERCC1, при этом информативность оценки повышается при дополнительном исследовании белка адгезии – Е-кадгерина.

МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНО ЗНАЧУЩИХ ІЗОЛЯТІВ ГРИБІВ C.ALBICANS І C.NON-ALBICANS

О.В. Голубка *, О.М. Савінова, Г.М. Більшакова, І.В. Журавльова **, Т.В. Савінова

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська міськрайонна філія ДУ «Харківський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України», КЗОЗ «Харківська міська дитяча клінічна лікарня №24»***, КЗОЗ «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня»****

В даний час, особливо в зв'язку з підвищенням росту захворювань, які супроводжуються імунодефіцитами, є зацікавленість вчених до пораження внутрішніх органів та тканин організму людини патогенними та умовно патогенними грибами. Найбільш частими збудниками є гриби роду *Candida*. Тому, метою наших досліджень було визначення мікробіологічних особливостей клінічно-значущих ізолятів грибів роду *Candida* – *C. albicans* і *C. non-albicans*.

Вперше нами був визначений популяційний рівень циркулюючих грибів роду *Candida* у хворих лікарняних закладів м.Харкова і Харківської області. Одержані результати свідчать, що домінуючим видом кандид є *C. albicans*, який виявлявся у (70,6±4,1)%, а представники *C. non-albicans* загалом склали (29,4±4,1)%, серед яких переважними видами були *C.parapsilosis* (8,9±2,5)%, *C.glabrata* (8,6±2,5)% і *C.krusei* – (6,7±2,2)%. Інші види виділялись лише в поодиноких випадках.

Встановлені особливості морфологічних форм виділених штамів грибів *C. albicans*. Показано, що даний вид в сучасних умовах під впливом негативних факторів оточуючого середовища та стану організму хворої людини набуває агресивних ознак у вигляді набуття чорного або помаранчового пігментів. У відсотковому співвідношенні кандиди з такими пігментами склали (8,2±2,5)%.

Визначено патогенний потенціал (адгезивна, лізоцимна, антилізоцимна, гемолітична активність) циркулюючих видів грибів роду *Candida* і доведено, що найбільшу здатність до адгезії при вивченні показнику ІАМ проявляли *C. albicans* (2,9±0,06), дещо меншу — види *C.glabrata* (2,51±0,03), *C.parapsilosis* (2,46±0,02), *C.tropicalis* (2,42±0,76), *C.guilliermondii* (2,34±0,25), *C.krusei* (2,33±0,08) і *C.kefyr* (2,0±0,22). Відсоток ізолятів з середнім показником антилізоцимної активності *C. albicans* відповідав (79±0,12)%, *C. non-albicans* – (30,5±0,35)%.

Проведено моніторинг чутливості до антимікотиків циркулюючих штамів *C. albicans* і *C. non-albicans* з різних екологічних ніш. Найбільшу чутливість *C. albicans* виявлено до амфотерицину В – (79,3±3)% випадків (слиз з ротової порожнини), (89,5±2)% (випорожнення) і (94,7±2,1)% (вагінальний вміст). Ізоляти *C. non-albicans*, які вилучені із слизових оболонок порожнини рота, були чутливими до клотримазолу в 100% випадків, з кишкового вмісту – у (88,8±3)%, із вагіни – у (90,9±3,5)%.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ХЛОПЦІВ ДО- ТА ПРИЗОВНОГО ВІКУ

Г.І. Голубнича, О.В. Морозов

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України», Харків*

Якість життя за визначенням ВООЗ, це сприйняття індивідами їх положення в житті, яке визначається фізичними, соціальними та емоційними факторами життя людини, що має для нього важливе значення та впливають на нього. Якість життя – це ступінь комфортності людини як в середині себе, так і в рамках свого суспільства.

Якість життя, пов'язаного зі здоров'ям, можливо розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного та соціального функціонування здорової або хворої людини, яка базується на його суб'єктивному сприйнятті, це має особливе значення у юнаків на етапах підготовки до військової служби.

Було проведено анкетування щодо якості життя, пов'язаного зі здоров'ям підлітків на етапах підготовки до військової служби. На підставі адаптованого опитувальника SF-36 ВООЗ.

Низькі показники отримані серед всіх юнаків за шкалою життєвої активності (VT), за шкалою «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE)», яка відображає відчуття сповненим себе сили та енергії, погіршенням емоційного стану. Низькі бали, отримані за цією шкалою, свідчать про втому, зниження життєвої активності.

Також визначені достовірні відмінності ($p > 0,05$) між двома групами хлопців (здорові та із певними скаргами на стан здоров'я) за шкалою «соціальне функціонування (SF)» – яка визначає ступінь, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність, спілкування. Отримані низькі бали серед підлітків із відхиленнями у стані здоров'я свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку із погіршенням фізичного та емоційного стану.

Також хлопці, із певними скаргами на стан здоров'я, мали нижчі ($p > 0,05$) показники за шкалою «загального стану здоров'я» (GH), яка відображає оцінку стану здоров'я в даний період часу.

Таким чином, отримані результати свідчать про стомлення та зниження життєвої активності серед сучасних підлітків, зниження їх емоційного стану. Показники оцінки якості життя серед хлопців із відхиленнями в стані здоров'я нижче ніж серед хлопців без скарг на здоров'я. Хлопці із відхиленнями у стані здоров'я відзначають значне обмеження соціальних контактів та рівня спілкування через свій фізичний або емоційний стан, який обумовлено власне станом здоров'я у даний період часу.

ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ, ФАКТОРЫ АНГИОГЕНЕЗА И ИНДЕКС РОМА ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКА

О.В. Готько, А.С. Плетнёв, В.И. Прохорова, Л.А. Державец, С.В. Лаппо, Т.П. Цырус, Л.М. Шишло

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

Являясь маркером выбора при мониторинге рака яичника (РЯ), карбогидратный антиген 125 (СА 125) у части пациенток становится неинформативным после курсов химиотерапии. Высокую информативность для ведения таких пациенток показало определение белка 4 эпидидимиса человека (HE4). Использование в мониторинге алгоритма расчета индекса ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) не изучалось. Нет единого мнения о сосудисто-эндотелиальном факторе роста (VEGF) как о маркере эффективности химиотерапии РЯ.

Цель исследования: определить содержание СА 125, HE4, VEGF и рассчитать индекс ROMA на различных этапах комплексной терапии РЯ.

Методы: Исследовалась сыворотка крови 39 пациенток с распространенным РЯ: 16 пациенток находились в пременопаузе и 23 – в постменопаузе, 29 пациенткам выполнена полная или оптимальная циторедукция, 10 – неоптимальная. Тестирование проводили методом иммуноферментного анализа до начала лечения, после выполнения циторедуктивных операций и после трех курсов полихимиотерапии.

Результаты: В 89,8% случаев концентрации СА 125, HE 4 и индекс ROMA превышали дискриминантный уровень, причем более высокие значения отмечены у пациенток в пременопаузе. Уровень VEGF у 57% пациенток в 3 раза превышал дискриминантную величину ($p < 0,01$). У 4 пациенток (10,2%) значения СА 125 оставались в нормальных пределах, причем у 2 (50%) из них были повышены остальные 3 маркера. После полной и оптимальной циторедукции и трех курсов полихимиотерапии уровни СА 125, HE 4 и индекс ROMA снизились у 80% пациенток ($p < 0,05$). Содержание VEGF в сыворотке крови уменьшилось в 1,8 раза по сравнению с исходным значением у 68,8% пациенток ($p < 0,001$). После циторедуктивных операций и трех курсов полихимиотерапии уровень VEGF снизился у 100% пациенток в пременопаузе и только в 55,5% случаев у пациенток в постменопаузе.

Заключение: Полученные данные показывают целесообразность дополнения мониторинга РЯ новыми маркерами и показателем ROMA, что способствует более полной оценке состояния опухолевого процесса на этапах лечения и может быть использовано в дальнейшем для индивидуализации схем противоопухолевой терапии у некоторой части пациенток.

ДІАГНОСТУВАННЯ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МСКТ-АНГІОПУЛЬМОНОГРАФІЇ

Ю. В. Грабовський

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова*

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – гостра оклюзія легеневого стовбура або його гілок тромбом. Актуальність проблеми ТЕЛА обумовлена не стільки важкістю перебігу і високої її летальністю, скільки труднощами діагностики, ефективність і достовірність якої визначаються застосуванням комплексу методів променевої діагностики. Тільки виявлення безпосередньо тромбоембола в гілках легеневої артерії є достовірним діагностичним критерієм.

Метою дослідження було оцінити діагностичні можливості МСКТ з внутрішньовенним контрастуванням при тромбоемболії легеневих артерій.

Проаналізовано результати комплексного обстеження 86 пацієнтів як хірургічного, так і терапевтичного профілю, у віці від 23 до 76 років (середній вік 53 років) з них 25 жінок і 61 чоловіків. Всім пацієнтам була виконана МСКТ-ангіопульмонографія. МСКТ проводилася на 2-зрізовому спіральному комп'ютерному томографі. Контрастний препарат Йогексол 100 мл вводили болюсно в кубітальну вену. Дані МСКТ-ангіопульмонографії співставлялись з результатами рентгенографії органів грудної порожнини (n = 86). Для пошуку джерела емболії і оцінки легеневої гіпертензії виконували ультразвукове дослідження вен нижніх кінцівок (n = 30) і ехокардіографію (n = 82).

ТЕЛА була підтверджена на МСКТ у 39 пацієнтів (45,3 %). За нозологічними формами захворювання ТЕЛА найчастіше ускладнювала тромбози глибоких вен (47%), ІХС з порушенням ритму серця (29%), з вадами серця (10%), в післяопераційному періоді (8%), з ХОЗЛ (6%),

При проведенні МСКТ-АП наявність тромбоемболії легеневого стовбура і головних легеневих артерій було виявлено у 15 пацієнтів, часткових гілок у 5, гілок сегментарного і субсегментарного порядку у 16 пацієнтів, і поєднане ураження у 15 хворих. Центральні тромби були візуалізовані у 21 пацієнтів, пристінкові в 23. Серед пацієнтів з центральними тромбами обтурація судини була тотальною в 16 випадках, субтотальною - в 5. У 30 пацієнтів були виявлені непрямі ознаки ТЕЛА у вигляді інфарктів легенів різних розмірів і локалізації. Таким чином, при МСКТ-АП на підставі візуалізації прямих ознак (наявність тромбів у легеневих артеріях) ТЕЛА була виявлена у 51 пацієнта. Наявність тромбів в чотирьох випадках було верифіковано за даними аутопсії.

Таким чином, МСКТ-ангіопульмонографія, будучи малоінвазивним методом, дозволяє виявити рівень розташування тромбів в судинах, їх обсяг і поширеність і на нашому рівні є одним з основних методів верифікації ТЕЛА.

ВПЛИВ УСКЛАДНЕНЬ НА ПОКАЗНИК ТРИРІЧНОГО ВИЖИВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

В.Я. Грех

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського»*

Вступ. В Україні загальний показник 5-річної виживаності хворих на рак прямої кишки (РПК), які отримали спецікування складає 31,0 %. У випадку регіонарного метастазування N_{1-2} цей показник не перевищує 25,0 %.

Мета роботи. Прослідкувати ймовірність впливу гематологічних і диєтетичних ускладнень під час спецікування хворих РПК на показник трирічної виживаності.

Матеріал та методи дослідження. Нами проаналізовано амбулаторні карти 29 хворих РПК, які отримали комбіноване спецікування з 2011 по 2015 роки. Чоловіків було – 18, жінок – 11. Вік хворих: від 37 до 82 років. У 5 хворих (17,2 %) було діагностовано I стадію РПК, у 18 хворих (62,1 %) – II, у 4 хворих (13,8 %) – III, у 2 (6,9 %) – IV стадію. Комбіновану променеву та поліхіміотерапію отримало 22 хворих. Було виконано 29 операцій, з них резекцій прямої кишки – 18, черевно-промежинних екстирпацій – 11.

Результати. У 20 пацієнтів (69,0 %) виникли такі ускладнення: коліт середнього або важкого ступеня (12 хворих – 41,4 %), анемія середнього та важкого ступеня (6 хворих – 20,7 %), втрата ваги середнього та важкого ступеня (13 хворих – 44,8 %), пронос середнього та важкого ступеня (8 хворих – 27,6 %).

Загальна трирічна виживаність склала 62,0 % (18 пацієнтів). 11 хворих померло (38,0 %), із них – у 9 хворих спостерігались описані ускладнення. Пацієнтів із післяопераційними ускладненнями відносили до групи ризику, їм проводилась стимуляція гемопоезу, корегувались явища коліту, проносу, збалансовувався склад нутрієнтів та калорійність дієти. Додатково призначались пробіотики, спазмолітичні та антидіарейні медикаментозні засоби, адсорбети.

Висновок. Отримані дані свідчать, що ускладнення – анемія, втрата ваги, коліт можуть бути додатковими прогностичними критеріями виживаності хворих на рак прямої кишки.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ТА ІМУННИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ РІЗНОЇ ВИРАЖЕНОСТІ

І.С. Громакова

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

Епідеміологічні та клінічні дані свідчать про наявність тісного зв'язку між інсулінорезистентністю та онкологічними захворюваннями. Водночас вельми обмежені свідчення щодо ускладнень протипухлинного лікування у хворих з інсулінорезистентністю (IR).

Мета дослідження: Визначити особливості гематологічних та імунних пору-

шень при променевому лікуванні хворих на рак тіла матки з інсулінорезистентністю різної вираженості.

Матеріали й методи: Обстежено 32 хворих на рак тіла матки (РТМ) I-III стадії із гістологічно діагностованою аденокарциномою. Усім хворим було проведено пангістеректомію та післяопераційний курс дистанційної гамма-терапії на апараті «РОКУС-АМ» методом дробного фракціонування. Сумарна осередкова доза складала 40-45 Гр на точки А та В. Обстеження проводили на 3 етапах: до та після хірургічного лікування і після курсу променевої терапії. Гематологічні показники визначали за допомогою аналізатора SF-3000 «SYSMEX», імунні – за стандартними методиками. Вираженість ІR визначали за індексом НОМА-ІR.

Результати: За індексом НОМА-ІR, який є критерієм ІР, хворих на РТМ розподілили на осіб без ІР (НОМА-ІР<2,77 ум.од.), з низькою ІР (НОМА-ІР=2,77–6,00 ум.од.) та осіб з високою ІР (НОМА-ІР>6 ум.од.). У хворих на РТМ з ІР після проведення променевого лікування виявлялись нижчі, порівняно з хворими без ІР, абсолютні кількості лейкоцитів, лімфоцитів, тромбоцитів. Рівень тромбоцитів після лікування залежав від вираженості ІР і був нижчим у хворих з вихідно високою ІР. Хворі з вираженою ІР мали вищі рівні циркулюючих імунних комплексів, відносної кількості моноцитів та функціональної активності нейтрофілів. У всіх хворих відмічено підвищення відносної кількості еозинофілів після променевого лікування. Вища відносна та абсолютна кількість еозинофілів спостерігається у хворих з високою ІР. Хворі з високою ІР після завершення променевого лікування мають більшу кількість еритроцитів та вищий рівень гемоглобіну порівняно з хворими без ІР і з низькою ІР.

Висновки: Хворим з ІР доцільно проводити супровідну терапію, спрямовану на обмеження негативного впливу променевого лікування на найбільш уразливі ланки імунної системи.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Н.Ю. Гужва

Харківська медична академія післядипломної освіти

В Україні щорічно діагностують хронічну серцеву недостатність (ХСН) приблизно в 480-560 тисяч хворих. Важливою медико-соціальною проблемою є ожиріння, оскільки саме воно є фактором ризику серцево-судинних захворювань(ССЗ).

Мета дослідження: виявлення особливостей перебігу ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням для оптимізації комплексного, патогенетично обґрунтованого підходу до лікування цих хворих.

Методи дослідження. Ретроспективний аналіз даних історій хвороб хворих з проявами ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням. Для визначення структурно-функціональних змін міокарда - ехокардіографія, біохімічні методи визначення ліпідного спектру крові. Обробка результатів за допомогою кореляційного методу і методу описової статистики.

Результати. Структура причин ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням представлена, головним чином, ішемічною хворобою серця (85,3 %), нерідко на фоні артеріальної гіпертензії та цукрового діабету; тільки у 1/9 частини (11,8 %) хворих розвитку ХСН передують некоронарогенні ураження міокарда (міокардити та кардіоміопатії). У 2,9 % випадків, як основна причина ХСН фігурує тільки артеріальна гіпертонія (АГ) зі значною гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ). За даними проспективного дослідження відзначено, що ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням частіше спостерігається в молодому і зрілому віці, у осіб з обтяженим сімейним анамнезом по ССЗ і ожиріння ($70,8 \pm 5,4$ %), при відсутності або низької прихильності лікуванню ($59,7 \pm 5,8$ %). У 62,8 % хворих з абдомінальним ожирінням зазначений малосимптомний перебіг серцевої недостатності. Встановлено прямий взаємозв'язок індексу маси тіла з функціональним класом ХСН, ступенем дисліппротеїнемії, підвищенням систолічного артеріального тиску, ступенем гіпертрофії лівого шлуночка і зворотній взаємозв'язок з ліппротеїдами високої щільності та прихильністю до лікування.

Висновок. Структура причин ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням, представлена, головним чином, ішемічною хворобою серця нерідко на фоні артеріальної гіпертензії та цукрового діабету. ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням частіше спостерігається в молодому і зрілому віці, у осіб з обтяженим сімейним анамнезом по ССЗ і ожиріння. Надлишкова маса тіла та ожиріння є предикторами прогресуючого перебігу коронарогенної ХСН.

ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ МАКРОСУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Г.В. Демиденко

Харківський національний медичний університет

Мета: дослідження синтезу і метаболізму оксиду азоту на підставі вивчення активності ендотеліальної та індучибельної NO-синтази та S-нітрозотіолу в плазмі крові у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім ожирінням.

Матеріал і методи: 83 пацієнта з ГХ з нормальною ($n=20$) та надмірною ($n=63$) масою тіла. Біохімічним методом визначали активність e-NO та i-NO-синтази, S-нітрозотіолу в плазмі крові.

Результати: встановлено підвищення рівня S-нітрозотіолу. Найбільші показники встановлені в групах з ГХ та ожирінням 2 та 3 ст. Зниження активності eNOS - в групах з ГХ та ожирінням 2 и 3 ст. Найбільша активація iNOS спостерігалась в групах з ГХ та нормальною масою тіла й надмірною. В групах з 1, 2 та 3 ст. ожиріння також відмічалась надмірна активація iNOS.

Висновки: експресія ендотеліальної NO-синтази пов'язана з компенсаторними механізмами. Зниження активності eNO-синтази свідчить об ендотеліальній дисфункції. У хворих на ГХ з супутнім ожирінням спостерігається активація окис-

лювального метаболизму L-аргініна із зміненням співвідношення активності ізоформ NO-синтаз у плазмі артеріальної крові у бік превалювання іNO-синтази. Півіщення S-нітрозотіолу свідчить про стан оксидантного стресу, підвищеном рівні вільних радикалів та зниженні біодоступності оксида азоту.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ОЦЕНКОЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИНАМИКИ ФУНКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИСТОМАНОМЕТРИИ

Т.В. Дерменжи, В.С. Свинцицкий, Л.И. Воробьева, С.В. Неспрядько,
А.И. Яцина, А.В. Кабанов

Национальный институт рака, Киев

Цель: Оценить показатели динамики функций мочеполовой системы у больных инфильтративным раком шейки матки (РШМ) после выполнения нейросохраняющей радикальной гистерэктомии (РГЭ-С₁).

Материалы и методы. 68 больным инфильтративным РШМ (средний возраст больных $32,7 \pm 4,9$ года), из них 34 больным (I – группа) РГЭ производилась с сохранением тазового вегетативного нервного сплетения (ТВНС) и 34 больной (II – группа, контрольная) РГЭ выполнялась по стандартной методике, без сохранения ТВНС. Всем пациенткам выполнена цистоманометрия при помощи которой оценивалась растяжимость стенки мочевого пузыря (РСМП). РСМП рассматривалась, как изменение детрузорного давления при изменении объема заполнения мочевого пузыря и вычислялась по формуле: $K = \Delta V / \Delta P$, где K – РСМП (в мл/см вод.ст.); ΔV — изменение объема заполнения мочевого пузыря, ΔP – изменение давления детрузора.

Результаты и обсуждение. Проведя анализ K, ΔV , ΔP у пациенток I группы, мы определили, что РСМП (ср.K) равняется 24,7 (+/-) мл/см вод.ст., при объеме (ср. ΔV) 270 мл и разнице давления (ср. ΔP) 8,1 мм.рт.ст.; у пациенток II группы - РСМП (ср.K) равняется 15,6 мл/см вод.ст., при объеме (ср. ΔV) 160 мл и разнице давления (ср. ΔP) 7,6 мм.рт.ст. Путем анкетирования пациенток I и II групп мы оценивали основные симптомы нарушений сексуальной функции (НСФ) такие как: нарушение вагинальной секреции (НВС); болевой синдром (БС); чувство страха иметь половой контакт (ЧСИПК). У пациенток I группы: НВС были установлены у 3 (8,8%); БС – у 2 (5,9%); ЧСИПК – у 3 (8,8%). НСФ составили 23,5%. У пациенток II группы НВС были установлены в 9 (26,5%), БС – в 8 (23,5%), а ЧСИПК – 10 (29,4%) что составило 79,4% НСФ.

Выводы: НСФ составили 23,5% у пациенток I группы против 79,4% в контрольной, что доказывает существенное влияние нейросохраняющей (РГЭ-С₁) на данные функции. Коэффициент растяжимости стенки мочевого пузыря у пациенток с сохранением ТВНС выше, чем у пациенток второй группы, что свидетельствует о более редком нарушении функции со стороны мочеполовой системы, возникающих у пациенток первой группы.

ОСОБЛИВОСТІ КОНЦЕНТРАЦІЇ У РОТОВІЙ РІДИНІ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Н.Ю. Ємельянова

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

В останні роки широко обговорюється стан тканин пародонта при захворюваннях органів дихання, зокрема при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ). За сучасними уявленнями, перебіг запальних захворювань пародонта при застосуванні інгаляційних глюкокортикоїдів (ІГК) характеризується пригніченням активності та інтенсивності фагоцитозу, зміненням рівня секреторного імуноглобуліну А (IgA) у ротовій рідині, а також зниженням активності сукценатдегідрогенази нейтрофілів тканин, що свідчить про декомпенсацію факторів захисту і зниження можливості формування адекватної відповіді на мікробні антигени і метаболічні порушення.

Мета: визначення рівня IgA в ротовій рідині хворих на ХОЗЛ при поєднанні з ІХС.

Матеріали та методи. Оглянуто 77 пацієнтів, з них 13 хворих на ХОЗЛ, 32 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, 20 хворих з ІХС та 12 практично здорових осіб (група контролю). Усі хворі, за винятком пацієнтів з групи контролю отримували стандартну базу терапії, згідно стандартам діагностики та лікування МЗ України. Змішану слину збирали натще або поза 3 години після прийому їжі. Рівень IgA в змішаній слині визначали за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА).

Отримані результати. Середній рівень концентрації IgA у групи контролю склав 30,3 мг/мл, що повністю відповідає показникам норми. Але, найбільший показник спостерігався у підгрупі хворих з ХОЗЛ, який перевищує такий у здорових майже у 3,5 рази ($p < 0,05$). Трохи нижчий показник був у пацієнтів з групи ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, який складав 84,0 мг/мл.

Висновки. Таким чином, спостерігається різке збільшення IgA особливо у пацієнтів з ХОЗЛ та у пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, що можливо пов'язане не тільки з прийомом ІКС, а й є наслідком компенсаторної реакції слинних залоз, та свідчить про зміни у формуванні факторів захисту.

ДИНАМІКА КОПЕПТИНУ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ОЖИРІННЯ

О.С. Єрмак

Харківський національний медичний університет

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найбільш важливих проблем сучасної кардіології. Внаслідок дестабілізації перебігу ІХС розвивається гострий інфаркт міокарда (ГІМ), перебіг якого значно ускладнюється наявністю коморбідної патології у вигляді ожиріння (ОЖ).

Мета дослідження: оптимізувати діагностику ГІМ у пацієнтів із супутнім ОЖ на підставі визначення динаміки копептину, а також оцінити наявність і харак-

тер зв'язків копептину з антропометричними показниками (об'єм шиї (ОШ), об'єм талії (ОТ), об'єм талії / об'єм стегон (ОТ / ОС)).

Об'єкт і методи дослідження. У дослідження було включено 80 пацієнтів з ГІМ, поміж яких 30 осіб мали нормальну вагу тіла, у 50 хворих було діагностовано ОЖ: ОЖ I ст. діагностовано у 25 осіб, ОЖ II ст. виявлено у 25 осіб. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою: $ІМТ (кг/м^2) = \text{маса тіла} / (\text{ріст})^2$. Копептин визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai).

Результати та їх обговорення. Аналіз рівня копептину показав, що у хворих з ОЖ I ст. даний показник був вищим порівняно з пацієнтами без ОЖ на 33,8 %, а у пацієнтів з ОЖ II ст. - на 62,4 %; у хворих з ОЖ II ст. концентрація даного маркера була вища на 43,2 % при зіставленні з ОЖ I ст. Що стосується антропометричних показників, то у хворих з ОЖ I ст. і II ст. порівняно з пацієнтами без ОЖ рівні ОШ, ОТ, ОТ/ОС були вищими на 18 % і 33 %, 21 % і 30 %, 7 % і 14 % відповідно. У хворих з ГІМ та ОЖ знайдено прямі зв'язки між копептином і ІМТ $r=0,61$, ОТ і копептином $r=0,83$, між ОШ і копептином $r=0,86$. За даними багатofакторного регресійного аналізу найбільш валідними факторами щодо рівня копептину були ОШ ($\beta=0,79$) та ІМТ ($\beta=0,53$). Предиктори прогнозу рівня копептину з відповідними коефіцієнтами наведені у формулі:

$$x = 120,1973 + 0,2175 \times \text{ОШ}, \text{ де } x - \text{копептин, мкмоль/л.}$$

Висновки. Зростання ступеню ОЖ асоціювалося із зростанням рівня копептину і антропометричних показників. Поряд з визначенням ІМТ доцільно визначення рівня ОШ як фактора, що володіє високою предикторною цінністю щодо рівня маркера ураження міокарда копептину. Використання запропонованого регресійного рівняння з залученням ОШ дозволяє прогнозувати рівень копептину, що привертає увагу дослідників внаслідок можливості використання на практиці у комунальних закладах охорони здоров'я всіх рівнів.

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Н.М. Железнякова, І.І. Зелена, Т.М. Пасієшвілі, О.В. Степанова,
Е.Ю. Фролова-Романюк

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: визначення генотипічної варіативності I/D поліморфізму гена ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), як генетичного маркера кардіоваскулярного ризику, у хворих з коморбідністю хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 72 хворих з ізольованим перебігом ХОЗЛ (група порівняння) і 76 пацієнтів з коморбідністю ХОЗЛ і ХП (основна група). Контрольні результати отримані при обстеженні 50 практично здорових осіб аналогічних статі і віку. Аналіз поліморфних ДНК-локусів прово-

дили методом полімеразної ланцюгової реакції синтезу ДНК з наступною електрофоретичною детекцією. Статистичну обробку проводили за допомогою програм Microsoft Excel і «Statistica 6.0».

Результати та їх обговорення. Встановлено, що в групі контролю генотипічний ряд I/D поліморфізму гена АПФ був представлений таким чином: генотип I/I реєстрували у 8 пацієнтів (16%), генотип I/D - у 27 (54%) і патологічний генотип D/D - у 15 осіб (30%). У хворих з ізольованим ХОЗЛ відповідно: 18,1% (13 хворих), 45,8% (33 пацієнта) і 36,1% (26 осіб). Тобто, при ізольованому ХОЗЛ в 1,7 рази частіше спостерігався патологічний D/D генотип в порівнянні з контролем, проте достовірних відмінностей у розподілі генотипів не виявлено ($df=2$, $\chi^2=0,801$, $p=0,669$). При поєднанні ХОЗЛ і ХП генотипічні співвідношення мали дещо іншу картину, що проявлялося зменшенням пацієнтів з нормальним I/I генотипом до 11,8% (9 хворих) і збільшенням патологічних мутацій (D/D генотип) - 43 хворих (56,6%). При цьому генотип I/D був встановлений в 24 випадках (31,6%). Статистичний аналіз показав достовірні відмінності у розподілі генотипів I/D поліморфізму гена АПФ між пацієнтами з поєднаною патологією та ізольованим ХОЗЛ ($df=2$, $\chi^2=6,233$, $p=0,044$), а також - групою контролю ($df=2$, $\chi^2=8,760$, $p=0,013$).

Висновки. Розвиток і перебіг ХОЗЛ при його поєднання з хронічним панкреатитом, відбувається в умовах перерозподілу генотипів I/D поліморфізму гена АПФ, за рахунок збільшення частоти носійства патологічного генотипу D/D (56,6%). Присутність таких генотипічних дивіацій I/D поліморфізму гена АПФ свідчить про наявність значної генетичної схильності до розвитку кардіо-васкулярних подій у пацієнтів з даним «нозологічним тандемом».

ДИНАМІКА РІВНІВ sCD40L У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Т.С. Заїкіна, В.Д. Бабаджан, П.Г. Кравчук

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Одним з нових патогенетичних чинників ушкодження стінки судин є sCD40L. На цю сполуку покладається відповідальність за розвиток запальної реакції шляхом взаємодії факторів клітинного та гуморального імунітету в умовах інсулінорезистентності.

Мета. Вивчити динаміку рівня sCD40L на 1-й та 10-й день гострого інфаркту міокарда у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. У дослідженні прийняли участь 115 хворих, серед яких 49 жінок (42,6 %) та 66 чоловіків (57,4 %). Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу ($n=60$), 2 групу – хворі на гострий інфаркт міокарда без цукрового діабету 2 типу ($n=55$). До 1-ї групи увійшло 27 чоловіків (45 %) та 33 жінок (55 %); до 2-ї групи увійшло 39 чоловіків (70,9 %) та 16 жінок (29,1 %). Середній вік хворих у 1-й групі склав $67,55 \pm 1,29$ років, а у 2-й групі – $64,16 \pm 1,32$ років.

Рівень sCD40L визначався на 1-й та 10-й день інфаркту міокарда імуно-

ферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми YH Biosearch Laboratory (Китай) на імуноферментному аналізаторі "Labline-90" (Австрія).

Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel з розрахунком середніх арифметичних величин: $M \pm m$, σ , вірогідності й рівню достовірності (p). При аналізі вибірок, що не підлягають законам Гаусовського розподілу, використовували непараметричний парний тест Вілкоксона для взаємозалежних вибірок. Для оцінки ступеня взаємозв'язку між вибірками використовували коефіцієнт кореляції (r).

Результати. Середній рівень sCD40L у 1-й день інфаркту у хворих 1-ї та 2-ї груп склав $3,84 \pm 0,03$ нг/мл та $3,28 \pm 0,06$ нг/мл відповідно ($p < 0,05$). На 10-й день інфаркту спостерігається зниження цього показника до $3,06 \pm 0,39$ нг/мл та $2,43 \pm 0,41$ нг/мл відповідно ($p < 0,05$). Темп зниження рівня sCD40L на 10-й день у хворих без супутнього цукрового діабету достовірно вище (-26) %, ніж у хворих з порушенням вуглеводного обміну (-20) % ($p < 0,01$).

Висновки. У хворих з гострим інфарктом міокарда необхідно досліджувати рівень sCD40L в динаміці з метою оцінки наявності та виразності запальної су-динної реакції на фоні обраної терапії.

РІВНІ МЕЛАТОНІНУ У ХВОРИХ НА ГЕРХ ТА ІХС. ЗВ'ЯЗОК ІЗ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ

О.В. Ізмайлова

ДУ «Національний Інститут терапії ім Л.Т. Малої НАМНУ», Харків

Порушення секреції мелатоніну (М) розглядають як пусковий фактор прогресування різних захворювань, у тому числі ГЕРХ у поєднанні з ІХС, тому вивчення ролі М може виявитися корисним для розуміння патогенезу даної коморбідної патології та підвищення ефективності терапевтичних заходів в означеній категорії хворих.

Мета. Дослідити рівень М у хворих із ГЕРХ у поєднанні з ІХС та встановити його залежність від клініко-морфологічних проявів коморбідності.

Матеріали та методи. Обстежено 36 хворих із ГЕРХ та ІХС (28 чоловіків та 8 жінок, середній вік $55,8 \pm 5,7$ рр.). Дослідження концентрації М здійснювали за допомогою визначення рівнів його метаболіту - 6-COM в ранковій сечі з використанням імуноферментного методу. Обробку отриманих даних проводили за допомогою програми «STATISTICA 5.0»

Результати та обговорення. Середній рівень концентрації 6-COM в сечі в групі з поєднаною патологією склав $16,34 \pm 6,39$ нг/мл, що є в 1,8 рази нижче ніж у здорових осіб: $29,5 \pm 10,5$ нг/мл, $p < 0,01$. Середній рівень 6-COM з ерозивною формою ГЕРХ був вірогідно вищим ніж при ерозивних ураженнях стравоходу: $21,02 \pm 2,08$ нг/мл проти $15,56 \pm 2,22$ нг/мл, $p < 0,05$. Рівень М був вірогідно нижчим у хворих старшого віку (> 44 р) та знижувався по мірі зростання ішемічного анамнезу. Так, у хворих, що страждали на ІХС більше ніж 3 роки, його середній рівень складав $15,33 \pm 3,81$ нг/мл у порівнянні із $20,99 \pm 2,28$ нг/мл в гру-

пі пацієнтів, «ішемічний стаж» яких не перевищував 3 роки ($p < 0,01$). З рівнем мелатоніну в сечі найбільш корелювали такі показники, як ступінь морфологічних уражень стравоходу: $r = 0,61$; $p < 0,01$, тривалість ГЕР: $r = 0,46$; $p < 0,05$, вік хворого: $r = 0,40$; $p < 0,05$ та «ішемічний стаж» пацієнта: $r = 0,41$; $p < 0,05$. Не було виявлено кореляції поміж рівнем мелатоніну та функціональним класом стенокардії ($r = 0,18$; $p > 0,05$).

Висновки. У хворих на ізольовану ГЕРХ та ГЕРХ у поєднанні з ІХС відбувається вірогідне зниження синтезу М у порівнянні із здоровими особами. Найбільш вагомим є зв'язок поміж рівнем М та тяжкістю ерозивних уражень стравоходу. Іншими факторами, що вірогідно пов'язані із рівнем 6-COM у ранковій сечі у хворих на ГЕРХ та ІХС, є вік пацієнта й тривалість обох патологічних станів.

РОЛЬ sCD40L У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

О.І. Кадикова, О.В. Шапаренко

Харківський національний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) є актуальною проблемою сучасної медицини, особливо за умов коморбідності з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, з огляду на єдність патогенезу. Досить часто АГ та ЦД 2 типу пов'язані з надмірною масою тіла, що визначає необхідність досліджень у цьому напрямку.

Мета – оцінити роль sCD40L у розвитку ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Нами проведено комплексне обстеження 60 хворих на АГ, що знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківська міська клінічна лікарня №27. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 ($n=40$) другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу ($n=20$). До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб. У дослідженні визначали індекс маси тіла (ІМТ) (індекс Кетле) – маса \times кг/зріст в m^2 для діагностики ожиріння.

Визначення рівня sCD40L проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «eBioscience» (Австрія). Отримані результати подано у вигляді середнього значення \pm стандартне відхилення від середнього значення ($M \pm m$). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

sCD40L був нижчий на 36,46% у хворих з ІМТ $< 24,6$ кг/ m^2 , ніж у хворих з ІМТ = $24,6 - 29,9$ кг/ m^2 та на 57,22%, ніж у хворих з ІМТ > 30 кг/ m^2 ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про наростання значення sCD40L у відповідь на збільшення маси тіла.

Отже, імовірно, що sCD40L бере активну участь у розвитку ожиріння і може займати патогенетично обумовлене положення між запаленням, атеросклерозом і збільшенням маси тіла.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО ГІПОПНОЕ/ АПНОЕ СНУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ІХС

Д.М. Калашник, І.В. Антонова, Ю.Є. Харченко, О.М. Колеснікова
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», Харків

Мета дослідження – дослідити особливості проявів синдрому обструктивного гіпопное/апное сну (СОАГС) та порушень серцевого ритму у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС.

Матеріали та методи: За темою дослідження скриновано 30 пацієнтів на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС для виявлення синдрому обструктивного апное сну (СОАГС): 20 чоловіків та 10 жінок, середній вік яких становив $(62,86 \pm 9,39)$ роки. Усім хворим проведено скринингове визначення СОАГС методом Somnocheck-micro (Weinmann, Germany). За результатами дослідження рандомізовано 15 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС (ХОЗЛ+ІХС+СОАГС). Добове моніторування ЕКГ проводили за допомогою комп'ютерної системи CardioSens АД (Україна).

Результати: В результаті дослідження встановлено, що у хворих на (ХОЗЛ + ІХС +СОАГС) середній індекс гіпопное/апное склав $(24,00 \pm 4,35)$ епізодів за годину. Звертає на себе увагу середній показник обструктивних подій - $(13,80 \pm 3,09)$, що переважає над середнім показником центральних подій - $(4,04 \pm 0,82)$ у цієї категорії хворих. Дані порушення сну супроводжувалися зниженням мінімальної сатурації до $(77,75 \pm 1,85)$ %, середньої сатурації до $(92,50 \pm 0,57)$ % та індексу десатурації до $(17,23 \pm 4,19)$ %. Середній показник індексу пробуджень у даної категорії пацієнтів склав $(26,40 \pm 2,74)$ пробуджень за годину, індекс пробуджень з респіраторними подіями і без респіраторних подій - $(11,94 \pm 2,67)$ та $(14,44 \pm 2,49)$ відповідно. Згідно даних добового моніторування ЕКГ встановлено, що у 8 хворих з 15 були виявлені шлуночкові екстрасистолі, середнє значення яких за добу склало $(251,37 \pm 60,14)$ екстрасистол. Спарені шлуночкові екстрасистолі виявлені у 3 пацієнтів і їх кількість склало $(5,33 \pm 2,18)$ за добу. Загалом, частіше зустрічалися порушення ритму у вигляді суправентрикулярної екстрасистолії. Так, у 11 хворих було виявлено $(269,00 \pm 213,48)$ суправентрикулярних екстрасистол за добу.

Висновки: У хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС переважає середній показник обструктивних подій та супроводжується зниженням індексу десатурації. У даної категорії хворих частіше зустрічаються порушення ритму у вигляді суправентрикулярної екстрасистолії.

ЛАЗЕРНЕ ТЕСТУВАННЯ ЦИТОЛОГІЧНИХ МАЗКІВ ІЗ ШИЙКИ МАТКИ ЖІНОК НА НАЯВНІСТЬ ПАПІЛОМОВІРУСУ (HPV) ВИСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО ШТАМУ

Ю.Г. Карпенко, А.П. Пересулько, С.Б. Єрмоленко *

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці,

** Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича*

Вступ. Головною концепцією етіопатогенезу раку шийки матки на даний час визнана вірусна гіпотеза. Центральне місце в ній займає вірус папіломи (HPV). Точний діагноз HPV-інфекції ґрунтується на виявленні ДНК вірусу, що відображає тяжкість і прогноз перебігу захворювання. Вірусне навантаження менше 4 геномних еквівалентів (ГЕ) HPV високого канцерогенного ризику в зішкрібі, які припадають на 100 тис. клітин людини є клінічно малозначущими, так як практично не зустрічається при важкій дисплазії та раку. Натомість, кількість вірусу більше 5 ГЕ, яка припадає на 100 тис. клітин визначається як підвищене навантаження HPV та з підвищеним розвитку тяжкої дисплазії та раку.

Мета і завдання. Попередньо, перед проведенням полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), виявити тип вірусного навантаження HPV високого канцерогенного ризику, використовуючи лазерну діагностику нативних мазків-зішкрібів з шийки матки. Підвищити точність діагностики патології шийки матки.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 25 цитологічних мазків шийки матки з койлоцитозом, 18 – без койлоцитозу (контрольна група). Нативні цитологічні мазки з шийки матки опромінювали в широкому спектральному діапазоні He-Ne - лазером, досліджуючи зміни поляризаційних параметрів та моделювали анізотропну структуру шийки матки з величинами лінійного дихроїзму та його спектральних залежностей в спектральному інтервалі $\lambda = 330-750$ нм, порівнявши лазерні результати з вірусною навантаженням геномних еквівалентів HPV в мазку-зішкрібі методом ПЛР.

Результати. Встановлено, що $\lambda = 405-425$ нм відповідає 3-м і менше (ГЕ) і 100 тис. Клітин (клінічно малозначущий результат). На відміну від цього $\lambda = 425-440$ нм відповідає 4-5 і більше (ГЕ) на 100 тис. клітин, що є клінічно значущим варіантом (високий канцерогенний ризик).

Висновки. Використання запропонованого методу дозволить підвищити точність відбору пацієнток на кошовну процедуру – ДНК-діагностику HPV високого канцерогенного ризику стандартним методом ПЛР.

PREDICTIVE VALUE OF ECG-MARKERS OF AUTONOMIC MISBALANCE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

O.I. Katerenchuk

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Autonomic system plays a crucial role in heart failure progression. Nowadays, there are no doubts that the excessive sympathetic overdrive in combination with parasympathetic failure is the strong and independent – risk factor of adverse out-

come. Electrocardiographic methods based on the evaluation of time-domain and spectral-domain parameters are expected to be an informative and easy-to-use tool for evaluating of autonomic misbalance and estimating a risk of heart failure progression.

Aim of the study. To evaluate the predictive role of ECG-parameters of autonomic misbalance in patients with heart failure obtained by using method of phase-oriented ECG.

Methods. Registration of phase-oriented ECG by using diagnostic device "Faza-graf" was performed for all patients included in the study. The procedure was performed in morning hours in more than 1 hour after awakening and before meals and drug administration. The time of ECG-signal registration is 5 minutes. The comorbid conditions and concomitant medications were taken in account at statistical analyses. The worse outcomes included heart failure decompensating episodes, hospitalization (or needs in hospitalization), the necessity of changing diuretic doses, the occurrence of acute cardiovascular events, death.

Results. Ninety eight patients were included in the study. The mean age is 63 years. Gender structure: 36 – males, 62 – females. Patients with preserved ejection fraction of left ventricle – 69, with reduced – 29. The most pronounced ECG-parameters reflecting autonomic misbalance that are associated with high risk of worse outcomes are the heart rate (more than 100 per minute), heart rate variability index (less than 12%), LFn/HFn ration (more than 3,5) QT interval duration (more than 460 ms.), βT index (more than 0,78). The T-wave symmetry ratio and T-wave velocity ratio were relevant to sympathetic overdrive and their predictive values were especially good predictors in heart failure of ischemic origin.

Conclusions. Indicators of autonomic dysfunction obtained by noninvasive diagnostic technique of phase-oriented ECG are significant predictors of poor prognosis. Stratifying the risk by using these parameters should help to choose more effective therapeutical approaches.

ВІТАМІННО-МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СТАТУС ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ ЗАЛЕЖНО ВІД МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Д.А. Кашкалда, Ю.В. Волкова

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
Харків*

Однією з найбільш поширених ендокринних патологій в підлітковому віці залишається дифузний нетоксичний зоб (ДНЗ) навіть за умов легкого йододефіциту. На сьогоднішній день достовірно відомо про нерозривний зв'язок метаболізму йоду з обміном інших мікронутрієнтів. Саме це зумовило мету дослідження – визначити взаємозв'язок між вітамінами, мікроелементами (МЕ) та морфо-функціональним станом щитоподібної залози (ЩЗ) у підлітків з ДНЗ.

Обстежено 68 підлітків 10-17 років з ДНЗ різного ступеня, у яких проводили ультразвукове дослідження ЩЗ. Визначали вміст селену, кобальту, кадмію, свин-

цю (у волоссі), цинку, заліза, вітамінів А, Е (у сироватці крові), V_1 та V_2 (у добовій сечі). Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням критеріїв Вілкоксона – Манна – Уїтні (u) і кутового перетворення Фішера (ф).

У підлітків з ДНЗ виявлено прогресуюче підвищення рівня екскреції вітамінів V_1 і V_2 зі збільшенням розмірів ЩЗ. Так, при III ступені зоба спостерігалось підвищення (в 1,7 рази) вмісту тиаміну у порівнянні з його рівнем при I ступені (0,54 мкмоль/д і 0,32 мкмоль/д відповідно, $P_u < 0,05$). Аналогічні зміни реєструвалися і щодо вмісту вітаміну V_2 (0,27 мкмоль/д та 0,14 мкмоль/д відповідно, $P_u < 0,03$). Слід зазначити, що у пацієнтів з зобом I ступеня були відсутні високі значення вітаміну V_1 , при II ступені вони зустрічалися вже у 11,8 %, а у підлітків з ДНЗ III ступеня – у 35,3 % ($P_\phi < 0,05$). Водночас нормальні значення тиаміну частіше реєструвалися при I ступені зоба (81,8 %), ніж при II (52,9 %, $P_\phi < 0,05$). Встановлено, що у 45,8 % підлітків із зобом II ступеня вміст Se у волоссі був значно нижчим, ніж при ДНЗ III ступеня (у 12,5 %, $P_\phi < 0,03$). Навпаки, при III ступені зоба в 2 рази частіше зустрічався високий рівень Cd (у 87,5 % пацієнтів) у порівнянні з II ступенем (у 42,9 %; $P_\phi < 0,001$). У підлітків з ДНЗ III ступеня виявлені кореляційні зв'язки Cd з іншими МЕ підкреслюють як антагонізм (з рівнем Se – $r = -0,64$; $P < 0,08$), так і синергізм (з вмістом Pb – $r = 0,75$; $P < 0,03$) його дії. Вміст Zn, Fe і Co не залежав від ступеня зоба, однак у підлітків з ДНЗ III ступеня реєструвався негативний взаємозв'язок між рівнем Fe і показниками Pb ($r = -0,69$; $P < 0,05$) і Cd ($r = -0,65$; $P < 0,07$).

Таким чином, отримані дані свідчать про істотну дизрегуляцію вітамінно-мінерального обміну у підлітків з ДНЗ в залежності від морфо-функціонального стану ЩЗ: зниження рівня есенціальних і збільшення вмісту токсичних мікроелементів, а також дисбаланс вітамінів.

БАКТЕРИЦИДНА ДІЯ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ

Г.О. Ковальова

Національний фармацевтичний університет, Харків

В кожному лікувально-профілактичному закладі для забезпечення протиепідемічного режиму, попередження інфікування персоналу та відвідувачів широко використовують обробку повітря та приміщень ультрафіолетовим світлом бактерицидного спектру. Бактерицидну дію має ультрафіолетове випромінювання з діапазоном довжини хвилі 205 - 315 нм, крім того ефект залежить від біохімічних особливостей мікрофлори (вид і штам мікроорганізму, товщина оболонки мікробної клітини і т. д.), властивостей зовнішнього середовища (рН, прозорість і т. д.), характеристик джерела УФ-випромінювання (довжина хвилі, інтенсивність і т. д.), часу впливу та інших факторів. Зменшення щільності УФ потоку в залежності від відстані відбувається у квадратичній прогресії і знижується в 10 разів при збільшенні відстані до джерела з 2 см до 50 см, та нікчемно мала при віддаленні на відстань 3 м.

Мета - дослідним шляхом з'ясувати ефективний час опромінення для знешкодження бактерій.

Методи досліджень. Музейні культури *E coli*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *C. albicans* та *B. subtilis* було засіяно на чашки Петрі на щільне поживне середовище та залишено під УФ-світлом на лабораторному столі на відстані 250 см від опромінювача на 30 та 60 хвилин. Не опромінений контроль та дослідні посіви культивували 24 та 48 годин в термостаті. Отримані результати показали, що після 30 хвилинного впливу УФО на дослідні мікроорганізми бактерицидна дія не виявляється, в контрольних та дослідних посівах отримано суцільний газонний ріст. Після опромінення протягом 60 хвилин отримано ріст *S. aureus* у кількості 12 колонієутворюючих одиниць (КУО), *E coli* – 107 КУО, *C. albicans* - 113 КУО, *P. aeruginosa* та *B. subtilis* - більше 10^3 КУО.

Висновки. В даний час відомо про високу ефективність застосування УФО в цілях знезараження поверхонь, але в реальних умовах ефективність обладнання значно нижче розрахункових даних і залежить від безлічі факторів. Навіть тривале протягом 60 хвилин УФО-опромінення не викликає загибелі палички сибногнійної інфекції, а також спороутворюючі мікроорганізми. Тривалість опромінення має бути не менше 60 хвилин, оскільки сублетальні дози УФО-променів чинять мутагенну дію на бактерії і віруси, вцілілі мікроорганізми здатні утворювати нові колонії з меншою сприйнятливістю до опромінення. Нераціональне використання в лікувальних закладах УФО стає небезпечним через те, що може створювати сприйнятливі умови для формування внутрішньо-лікарняних штамів мікроорганізмів, виникнення та поширення шпитальних інфекцій.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ВАГІТНИХ

Г.С. Кодацька, О.І. Цівенко

Харківський національний медичний університет

Під час вагітності дуже часто зустрічається рефлюкс-езофагіт, який може бути як самостійним захворюванням, так і проявом гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. Основним клінічним проявом ГЕРХ є печія, яка виникає внаслідок збільшення рівня прогестерону та підвищення кислотності шлункового вмісту за рахунок зростання рівня гастрину у вагітних. Доведено підтверджене використання лише деяких антацидів, які не мають тератогенної дії.

Мета роботи: вивчення ефективності препарату Маалокс для лікування ГЕРХ у вагітних.

Матеріали та методи. В умовах відділення екстрагенітальної патології вагітних КЗОЗ «ОКЛ - ЦЕМД та МК» обстежена 21 вагітна з ГЕРХ у віці від 17 до 35 років. У I триместрі вагітності перебувало 5 жінок, у II - 13, у III триместрі - 3 вагітні. Метою медикаментозного лікування було максимальне зниження рефлюксу та послаблення агресивного пептичного фактору. Вагітним рекомендовано: спати з трохі піднятим головним кінцем ліжка, звернути увагу на режим харчування. Як медикаментозний засіб призначали Маалокс в пакетиках по 15 мл 3 рази на добу за 1 годину до їжі та четвертий раз - перед сном. Курс лікування - 21 день. Інших препаратів з аналогічною дією хворі не приймали.

Результати та їх обговорення. Основним клінічним критерієм ефективності лікування GERX була динаміка диспепсичного та больового синдромів. Після прийому Маалокса на 3-й - 4-й день лікування кількість епізодів печії зменшилась від 6 до 4 на добу, знизилась її інтенсивність та тривалість, яка склала від 15 до 10 хвилин. На 21-й день лікування печія не відмічалась у жодної з обстежених. При цьому всі вагітні відмічали, що епізоди нічної печії зникли повністю вже на 4-5 добу від початку лікування. Больовий синдром, що спостерігався у 6 жінок, не визначався з 4-5 доби від початку прийому Маалокса. Алергічних реакцій на Маалокс, а також побічної дії препарату в жодної з пацієток не спостерігалось.

Висновок. Маалокс – комбінований антацид, що не всмоктується, є високо-ефективним лікарським засобом для лікування GERX у вагітних жінок. Вочевидь, це зумовлено здатністю препарату пригнічувати утворення кислоти в шлунку, адсорбувати її та забезпечувати гастроцитопротекторну дію за рахунок збільшення синтезу простагландину E₂. Існування декількох лікарських форм препарату дозволяє диференційовано використовувати його в кожному окремому випадку для підбору схем лікування.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕІНАЗ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

М.Ю. Котелюх

Харківський національний медичний університет

На сьогодні, серцево-судинні захворювання є актуальною проблемою у всьому світі. Згідно даних ВООЗ смертність від ІХС кожного року складає 9,4 млн., або 16,5% всіх випадків смертності. Захворюваність на ІХС в Україні складає 1859,99 на 100 тис. населення порівняно з Європейським регіоном (807,76 на 100 тис. населення). Відомо, що матриксні металопротеїнази (ММП) та тканинні інгібітори матриксних металопротеїназ (ТІМП) розглядаються як прогностичні маркери гострого інфаркту міокарда (ГІМ). Тому, вивчення ММП та ТІМП у хворих на ГІМ представляють наукову зацікавленість.

Мета дослідження: проаналізувати роль матриксних металопротеїназ в розвитку гострого інфаркту міокарда.

Матеріали та методи дослідження. Для вивчення матриксних металопротеїназ було вивчено статистичні дані, котрі були отримані кардіологічним відділенням медичного університету м. Варшава, Польща. Експериментальна група склала 95 осіб, у віці 60 років. Чоловіки становили 35 осіб, жінки – 60 осіб. Група хворих на ГІМ та цукровий діабет 2 типу склала 21 особи (22%). Хворим на ГІМ була проведена імплантація стента. Контрольна група склала 15 осіб.

Результати дослідження. Проведене дослідження показало, що рівень ММП-2 складав 227.8 ± 75.7 умовних одиниць (у.од.) в порівнянні з контрольною групою 217.3 ± 39.3 у.од. Після постановки стента рівень ММП-2 становив 210.9 ± 79.0 у.од. Вміст ММП-9 склав 340.2 ± 72.1 у.од. порівняно з контрольною групою 132.4 ± 82.6 у.од. до проведення імплантації стента. Рівень ММП-9 становив 325.4 ± 91.3 у.од. після проведеного стентування. Вміст ТІМП-1 склав 36.3 ± 15.3

порівняно з контрольною групою 41.0 ± 7.5 нг/мл та після стентування рівень ТІМП-1 – 35.1 ± 16.3 нг/мл. Вміст ТІМП-2 становив 43.1 ± 15.3 нг/мл порівняно з контрольною групою 49.4 ± 20.4 нг/мл та після імплантації стента вміст ТІМП-2 – 42.6 ± 14.9 нг/мл. Достовірність отриманих результатів всіх показників була $p < 0.05$.

Висновки. Таким чином, дослідження показали, що відбувається зменшення вмісту ММП-2, ММП-9, ТІМП-1, ТІМП-2 у хворих на гострий інфаркт міокарда після імплантації стента. Однак, рівні ТІМП-1 та ТІМП-2 у хворих на ГІМ недостатньо відрізнялися до та після проведеної постановки стента. В подальшому нами планується вивчення ММП-13 та ТІМП-4 у хворих на ГІМ з наявністю та відсутністю цукрового діабету 2 типу.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ГЛЮКО-МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

О.А. Кочубей, Т.В. Ащеулова

Харківський національний медичний університет

Розвитку явного цукрового діабету (ЦД) 2 типу передують приховані від уваги практичних лікарів порушення вуглеводного метаболізму, такі як гранична гіперглікемія натще та порушена толерантність до глюкози, які було запропоновано об'єднати поняттям «предіабет». Число осіб, у яких виявлено предіабетичні порушення вуглеводного обміну практично вдвічі (за даними різних епідеміологічних досліджень) перевищує кількість хворих на ЦД 2 типу. Важливість предіабету визначається тим, що він являється предиктором розвитку не тільки ЦД 2 типу, але й низки серцево-судинних захворювань

Мета: вивчити поширеність глюको-метаболічних порушень серед працездатних жінок зрілого віку від 21-55 років, визначити їх прогностичну цінність для попередження розвитку ЦД.

Матеріал і методи. Було обстежено 42 жінки зрілого віку від 21 до 55 років (середній вік хворих склав 47 ± 2 р.), Пацієнтам було запропоновано заповнити русифіковану анкету FINDRISC (FINnish Diabetes Risk Score), запропонована Lindstrom і Tuomilehto в 2003 році. Оцінка вуглеводного обміну проводилась на підставі дослідження глюкози натще, перорального глюкозо-толерантного тесту, глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) за біохімічними стандартними методиками.

Результати. У популяції жінок 21-55 років частота глюко-метаболічних порушеннях склала 9,2%. Аналіз, проведений нами за окремими віковими групами, продемонстрував статистично достовірне зростання частоти глюко-метаболічних порушеннях від мінімального показника в 21-29 років (2,5%) до максимального в 50-55 років (17,0%). Однією з основних складових глюко-метаболічних порушеннях є ЦД. Частота ЦД 2 типу склала в даній популяції 4,7%.

Предіабет було діагностовано у 4,1% випадків. Мінімальні значення відзначені у жінок віком 21-29 років (1,3%), а максимальні - у віці 40-49 років (5,4%). Динаміка ЦД 2 типу була статистично достовірної від мінімального показника в

21-29 років (0,3%) до максимального в 50-55 років (10,9%).

Висновки: В обстеженій популяції жінок 21-55 років частота глюко-метаболических порушень складала 9,2%, максимальна частота ЦД припадає на вік 50-55 років, у той час як предіабет з максимальною частотою зустрічається у віковому проміжку 40-49 років. Таким чином, своєчасне виявлення та профілактика предіабету в більш ранньому віці може запобігти його трансформації в ЦД в старших вікових групах.

ДИАГНОСТИКА СТАДИЙНОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Н.А. Кравчун, Е.Г. Дорош, И.П. Дунаева, А.А. Черняева

Государственное учреждение «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», Харьков

Цель: повышение репрезентативности стадий неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) неинвазивным путем – определение интенсивности оксидативного стресса (ОС) по данным продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – диеновых конъюгатов (ДК).

Материалы и методы: обследовано 78 больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа в сочетании с НАЖБП – основная группа и 26 больных без НАЖБП – группа сравнения. Влияние ОС определяли по наиболее активной фракции в общем пуле продуктов ПОЛ – ДК. Среди пациентов с СД 2 типа и НАЖБП выделены три подгруппы: 1п – больные на стадии стеатоза НАЖБП – 49 человек; 2п – больные на стадии стеатогепатита – 17 человек; 3п – больные на стадии фиброза – 13 человек и больные СД 2 типа – 26 человек. Статистически значимыми считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Наиболее низкие статистически значимые уровни общего белка и альбумина наблюдались среди больных на стадии фиброза НАЖБП ($73,6 \pm 0,4$) г/л; ($52,1 \pm 0,6$) %, $p < 0,001$, у которых уровень ДК составил $\geq 751,9$ нмоль/л, также установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь показателя ДК и общего белка ($r = -0,5$), $p < 0,05$. Выявлены наибольшие статистически значимые уровни глобулина α_1 ($6,09 \pm 0,12$) %, $p < 0,01$ и γ -глобулина ($17,4 \pm 0,26$) %, $p < 0,05$. Установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь показателя ДК и γ -глобулина ($r = -0,5$), $p < 0,05$. Статистически значимое повышение уровней щелочной фосфатазы и тимоловой пробы наблюдалось также в обследуемой группе по сравнению с группой сравнения: ($1874,75 \pm 20,7$) и ($1421,0 \pm 21,3$) нмоль/с-л, $p < 0,05$, соответственно; уровень тимоловой пробы – ($3,8 \pm 0,26$) и ($2,2 \pm 0,3$) ед., $p < 0,001$, соответственно. Среди обследуемых показателей липидограммы выявлено достоверное уменьшение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности у больных на стадии фиброза НАЖБП также в сравнении с группой больных с СД 2 типа без патологии печени ($0,93 \pm 0,02$); ($1,22 \pm 0,1$) ммоль/л, $p < 0,01$.

Выводы. Наиболее выраженные биохимические изменения крови наряду с высокой интенсивностью ОС у больных с СД 2 типа и НАЖБП на стадии фиброза позволяют определять стадийное течение заболевания неинвазивным путем.

АДИПОЦИТОКІНИ ЯК МАРКЕРИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

П.П. Кравчун

Харківський національний медичний університет

Адипоцитокіни грають важливу роль у виникненні та прогресуванні серцево-судинних захворювань та цукрового діабету (ЦД), а також їх ускладнень за рахунок імунного запалення та інсулінорезистентності. Оментин та васпін є новими та мало дослідженими гормонами жирової тканини, але вже є поодинокі повідомлення про участь цих адипокінів у патогенезі різних захворювань. Науковий пошук триває, бо ще досі не з'ясовано значення оментину та васпіну у прогресуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Мета – з'ясувати значення адипоцитокінів, а саме васпіну та оментину, у розвитку та прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та цукровим діабетом 2 типу.

Відповідно до мети дослідження проведено комплексне обстеження 68 хворих на ХСН, що виникла на тлі постінфарктного кардіосклерозу та ЦД 2 типу. У контрольну групу були включені 35 практично здорових осіб. Зміст васпіну та оментину в сироватці крові хворих визначали імуноферментним аналізом.

По мірі прогресування ХСН від II до IV функціонального класу відбувається вірогідне підвищення рівня васпіну ($614,246 \pm 2,219$ пг/мл; $631,328 \pm 2,193$ пг/мл та $654,428 \pm 2,263$ пг/мл відповідно) та зниження рівня оментину ($419,936 \pm 1,215$ нг/мл; $408,567 \pm 1,191$ нг/мл та $396,354 \pm 1,224$ нг/мл відповідно) ($p < 0,001$). Рівень васпіну у хворих дослідної групи з фракцією викиду $> 45\%$ склав $611,343$ пг/мл, що було на 6% нижче, ніж значення цього показника у хворих з фракцією викиду $< 45\%$ ($649,572$ пг/мл) ($p < 0,001$). Значення рівня оментину у хворих зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночку дорівнювало $425,131$ нг/мл, що на $4,5\%$ вище в порівнянні з хворими з систолічною дисфункцією лівого шлуночку ($406,312$ нг/мл) ($p < 0,001$).

Висновки: рівні васпіну та оментину мають значення у прогресуванні ХСН у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та ЦД 2 типу.

INTRAOPERATIVE DETECTION AND LOCALIZATION OF VENOUS THROMBOSIS IN THE VESSELS OF THE PELVIS IN PATIENTS WITH UTERINE CANCER

Bohdan Kryvokulskyi

I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Improving treatment outcomes of cancer patients is to conduct not only adequate thromboprophylaxis and timely detection of coagulation disorders of the blood system in patients in whom surgery is planned.

Objective: To study the features of hemostasis in patients with uterine cancer who underwent surgical treatment.

Materials and Methods: The analysis of the hemostatic system in 30 patients un-

dergoing surgery for endometrial carcinoma. Surgery was performed under general anesthesia, all patients performed a comprehensive prevention of venous thromboembolism complications (VTE). Activation of patients was carried out for 2 days after surgery.

Results: the prothrombin time (PT) is prolonged in 60% of patients, and reduced in APTT – 30% of patients. In 7 patients the level of D-dimer in plasma above normal before surgery. Increased D-dimer was observed in 60% of patients after surgery for 1-5 days, after 8 days increased level of D-dimer was found in 40% of patients. In 10 patients during surgery conducted intraoperative determination of D-dimer according to our method (patent № 90383). The developed method allows you to anticipate and identify the location of a thrombosis in the vessels of the pelvis, an adequate thrombectomy confirmation of D-dimer correlation to the presence of blood clots, which makes it possible to carry out correction treatment and prevent the thrombotic complications in patients with endometrial carcinoma. When performing operations carried out detailed audit crossed stumps vessels subject to determine the localization of thrombotic vascular mass in the pelvis, with holding thrombectomy and determination of D-dimer in plasma during surgery.

Conclusion: Increasing levels of D-dimer was observed in 60% of patients after surgery for 1-5 days, after 8 days – 41 % of patients. The developed method can detect and confirm the location of the thrombus, an adequate thrombectomy confirmation of D-dimer correlation to the presence of blood clots and histological confirmation of thrombosis, which makes it possible to carry out correction treat and prevent the thrombotic complications in patients with endometrial carcinoma.

ОЦЕНКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ВОДНОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Е.Н. Крутько

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

Цель работы. Провести сравнительную оценку вариантов предоперационной водной нагрузки у больных, оперированных в условиях спинальной анестезии (СА).

Материалы и методы. Нами обследован 31 больной. Пациенты были распределены на две группы: в первой (n=19) проводилась прединфузия 0,9 % раствором натрия хлорида, во второй (основной) группе (n=12) – гипертоническим раствором («Рефортан», «Гелофузин»). Растворы вводились в дозе 10 мл/кг массы тела. Группы больных сопоставимы по возрасту, основному заболеванию, степени риска по ASA, объему прединфузии и общему объему интраоперационной внутривенной инфузии. Гемодинамический мониторинг: регистрация артериального давления, ЧСС осуществлялась при помощи полифункционального монитора Phillips. В каждой группе проводилась оценка частоты развития артериальной гипотензии, необходимость в ее коррекции объемозамещающими растворами, введением вазопрессоров. Статистическую

обработку и определение статистической достоверности полученных данных проводили с использованием стандартных пакетов прикладного статистического анализа SPSS, версия 9.0, реализуемых на PC Pentium IV Windows XP.

Результаты и обсуждения. Изменение водных объемов. В обеих группах больных в день операции до начала инфузии наблюдался дефицит общего объема жидкости (ООЖ) за счет объема внеклеточной жидкости (ОВнеЖ) на 5,26% от исходного уровня в контрольной группе и на 6,65% в основной группе. При этом наблюдалось снижение как объема плазмы (ОП) на 3,98% от исходного значения в контрольной группе и на 9,09% в основной группе, так и интерстициального объема (ОИ) на 5,75% и 6,27% соответственно. После проведения прединфузии дефицит ОВнеЖ в контрольной группе составил 3,33%, в основной - 5,67% по отношению к исходному. Дефицит ОП после прединфузии в контрольной группе 1,06% и в основной 5,3%, дефицит ИО 4,03% в контрольной и 5,81% в основной группах. После субарахноидального введения раствора местного анестетика дефицит ОВнеЖ в контрольной группе составил 2,62%, ОП- 0,9%, ИО- 4,03% от исходного, в основной группе - дефицит ОВнеЖ-3,88%, ОП-3,12%, ИО -4,56%. В обеих группах больных колебания значений объемов внутриклеточной жидкости (ОВнуЖ) оказались незначительными.

Гемодинамические изменения. В контрольной группе больных после проведения прединфузии отмечалось повышение минутного объема кровообращения (МОК) на 11,6%, сердечного индекса (СИ) на 10,9%, в основной группе МОК после прединфузии увеличился на 21,88%, СИ на 22,73%. После спинальной пункции МОК увеличился на 30% по отношению к исходному, СИ -на 31% в контрольной группе, а в основной группе больных МОК повысился на 31,84% и СИ на 32,17%. Общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) после прединфузии снизилось на 12,1% в контрольной группе и на 20,96% в основной группе больных, а после спинальной пункции - на 21,2% и 34,92% соответственно. ЧСС в контрольной группе в среднем увеличилась на 2,8%, в основной группе - на 22,2%. При этом снижение среднего артериального давления (САД) более чем на 20% от исходного уровня отмечалось в 42% случаев в контрольной группе, у 21% больных возникла необходимость в коррекции гипотонии внутривенной инфузией объемозамещающих растворов, а в 10,5% случаев потребовалось введение вазопрессоров. В основной группе больных снижение САД более 20% от исходного выявлено у 8,33% больных, что потребовало дополнительного введения коллоидов с целью коррекции гемодинамических нарушений, необходимости в использовании вазопрессоров не отмечалось.

Выводы.

1. У больных в день операции имеет место дефицит общего объема жидкости за счет снижения объема внеклеточной жидкости без существенного изменения объема внутриклеточной жидкости.

2. Предоперационная водная нагрузка увеличивает объем внеклеточной жидкости за счет коррекции дефицита объема плазмы и интерстициального

об'єма.

3. Предопераційна водна навантаження 0,9% розчином натрію хлориду супроводжується інтраопераційним зниженням САД більше ніж на 20% від вихідного рівня в 42% випадків, що диктує необхідність в додатковій корекції гіпотонії об'ємозамещаючими розчинами, а в 8,33% випадків введення вазопресорів.

4. Предопераційна водна навантаження гіперосмолярними розчинами сприяє мінімальному зміні показників гемодинаміки і зменшенню частоти розвитку артеріальної гіпотонії у хворих, оперованих в умовах спинальної анестезії.

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР СИРОВАТКИ КРОВІ ТА СУДИННО-РУХЛИВА ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Н.В. Кузьміна, О.В. Грібенюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета дослідження: оцінити особливості ліпідного спектру крові, судинно-рухливої функції ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з різним ступенем артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріали і методи. Обстежено 104 хворих на ГХ II стадії, середній вік $51,1 \pm 1,4$ роки. Тривалість АГ склала $9,0 \pm 1,5$ роки. У 31 (29,8 %) хворого встановлено АГ 1 ступеня; у 37 (35,6 %) – АГ 2 ступеня; у решти – 36 (34,6 %) хворих – АГ 3 ступеня (згідно критеріїв ESC та ESH, 2013р.). Контрольну групу склали 20 здорових осіб аналогічного віку та статі. Вміст загального холестерину (ЗХС), ХС в ліпопротеїнах високої щільності і тригліцеридів у сироватці крові визначали спектрофотометричним методом. Вміст ХС в ліпопротеїнах низької та дуже низької щільності розраховували за формулою W. Friedwald. Рівень ліпопротеїну (а) (ЛП (а)) у сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу. Судинно-рухливу функцію ендотелію оцінювали за методикою D. Celermajer та ін. Статистичну обробку результатів виконували за допомогою програми STATISTICA for Windows 10.0.

Результати дослідження. Порушення показників ліпідного спектру сироватки крові виявлено у 100 (96,2 %) хворих, причому у 85 з них було відмічено гіпер- та дисліпідемію; у 15 (15,0 %) – дисліпідемію. Не виявлено різниці в чинниках ліпідного спектру залежно від ступеня АГ. Проте зафіксовані достовірно вищі показники рівнів ЛП (а) у хворих з АГ 2 та 3 ступенів у порівнянні як із групою контролю, так і з хворими на АГ 1 ступеня ($p < 0,05$). У хворих з АГ 1 ступеня показники ЕЗВД і ЕНЗВД суттєво не відрізнялись від контрольної групи. У хворих на АГ 2 ступеня визначено зниження ЕЗВД на 28,4 % порівняно із хворими з АГ 1 ступеня ($p < 0,05$) та на 37,8 % порівняно із контролем ($p < 0,05$), проте суттєвих відмінностей зі сторони ЕНЗВД не виявлено. У хворих з АГ 3 ступеня зафіксовано подальше порушення судинно-рухливої функції ендотелію, що проявлялось у зниженні не тільки ЕЗВД, але й ЕНЗВД ($p < 0,05$) по відношенню до груп з АГ 2

ступеня, АГ 1 ступеня та групи контролю.

Висновки. У хворих на ГХ II стадії при підвищенні величин АТ визначено підвищення рівня ЛП (а) на фоні порушення ліпідного спектру сироватки крові, що свідчить про збільшення ризику розвитку й прогресування атеросклерозу. Рівень ЛП (а) може бути запропонований у якості додаткового маркера несприятливого прогнозу захворювання. Зростання ступеня АГ призводить до суттєвих порушень судинно-рухливої функції ендотелію, що, насамперед, проявляється зниженням ЕЗВД, проте подальше зростання АТ до рівня АГ 3 ступеня асоціюється з більш значним порушенням функції ендотелію, а також зниженням ЕНЗВД.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОЗАПАЛЬНИХ БІОМАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

К.А. Лапшина

Харківський національний медичний університет

Неалкогольній жировій хворобі печінки (НАЖХП) в останній час приділяється велика кількість уваги, що у першу чергу пов'язано поширеністю цього захворювання – 10-30% в загальній популяції у розвинутих країнах та країнах, що розвиваються. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з найпоширеніших хвороб у світі – на неї страждають 30-35% дорослого населення. В останній час велика увага приділяється поєднанню цих двох патологій. В низки робіт показано зв'язок НАЖХП з ГХ, а сам факт розвитку зазначеної патології змінює прогноз для таких пацієнтів як щодо прогресування печінкової недостатності, так і в плані значного підвищення частоти ускладнень серцево-судинних захворювань (ССЗ).

НАЖХП являє собою найчастішу причину аномальних результатів дослідження функції печінки у дорослих та дітей. Гістологічний спектр НАЖХП охоплює стеатоз, неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), фіброз та цироз печінки. Простий стеатоз в більшості випадків, має доброякісний клінічний прогноз, але НАСГ характеризується більш прогресивною течією, що у 10-15% випадків призводить до цирозу печінки.

«Золотим стандартом» для встановлення діагнозу НАСГ є біопсія печінки, але ця процедура має цілий ряд недоліків. Для візуалізації НАЖХП широко використовують ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію та магнітно-резонансну томографію. Ці методи неінвазивні, але жоден з них не має достатньої чутливості та специфічності для розрізнення НАСГ і стеатозу.

Ряд досліджень показав, що цитокератин-18 (СК-18) був значно збільшений у пацієнтів з НАСГ (n=21), ніж зі стеатозом та може бути використаний як потенційний біомаркер для диференційної діагностики. Була виявлена кореляція між парними біопсіями печінки та рівнем фрагментів СК-18 у плазмі пацієнтів з НАЖХП. Дослідження із використанням двохступінчастого підходу визначення фрагментів СК-18 та фактора росту фібробластів 21 (FGF 21) показали збільшення точності в діагностиці НАСГ.

Отже, вивчення різноманітних аспектів використання прозапальних біо-

маркерів для діагностики НАСГ із подальшим визначенням лікувальної тактики у хворих на НАЖХП та ГХ є сьогодні вельми актуальним і доцільним.

РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Д.В. Мартовицкий

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность исследования: определяется недостаточным количеством данных об общем риске смертности пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перенесших инфаркт миокарда и стенокардией напряжения.

Цель исследования: изучить шестимесячный прогноз и общий риск смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и стенокардией напряжения.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов обоего пола (средний возраст $65 \pm 6,6$ лет) с ИБС, выписанных из инфарктного отделения ХГКБ №27 за 2014 год. Пациенты были разделены на 2 группы: с перенесенным инфарктом миокарда, и со стенокардией напряжения различных функциональных классов без перенесенного ИМ. Оценка проводилась на основании алгоритма CRASE.

Полученные результаты: выявлено пациентов с гипертонической болезнью 47 (78,3%), пациентов с язвой желудка 7 (11,7%), 9 (15%) пациентов страдали сахарным диабетом второго типа, 4 (6,7%) больных имели заболевание почек. У пациентов с перенесенным инфарктом миокарда риск общей смертности по шкале CRASE составлял от 116 до 190. У больных стенокардией напряжения без перенесенного ИМ показатели составили от 63 до 158. При оценке результатов по отдельным критериям, риск общей смертности наиболее высок у пациентов с ЧСС более 82 в мин и высоким содержанием креатинина в крови.

Выводы: риски общей смертности пациентов на основании данного алгоритма остаются высокими в обеих группах с ИБС, хотя во второй группе достоверно ниже. Улучшение прогноза в данных группах пациентов возможно за счет коррекции ЧСС и креатинина.

ПРОФІБРОТИЧНИЙ МАРКЕР (MCP-1) У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

А.В.Наріжна

Харківський національний медичний університет

Незважаючи на успіхи лікування розповсюдженість хронічної серцевої недостатності (ХСН) складає 1,5 – 2% населення, смертність сягає 20 % серед пацієнтів з ХСН при ішемічній хворобі серця (ІХС) протягом року.

Мета. Оцінити динаміку MCP-1 у хворих на ХСН різного функціонального класу (ФК) при ІХС серця залежно від наявності або відсутності супутнього цу-

крового діабету(ЦД) 2 типу.

Матеріали. Обстежено 105 хворих на ХСН II - III ФК внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні №27 (середній вік 65,13±8,66 років). До першої групи увійшов 65 хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу, до другої – 45 хворих з ХСН при ІХС без ЦД 2 типу.

Результати. У хворих на ХСН з супутнім ЦД 2 типу спостерігається вірогідне зростання МСР-1 та ІЛ-1β порівняно з хворими без ЦД 2типу. Представляє інтерес аналіз динаміки прозапальної цитокинової ланки та МСР-1 у хворих на ХСН різного функціонального стану з супутнім ЦД та без нього. У хворих на ХСН з ЦД 2 типу, а також у хворих за ХСН без ЦД 2 типу виявлено зростання концентрації МСР-1, ІЛ-1β пропорційно тяжкості серцевої декомпенсації. Так у хворих III ФК ХСН з ЦД 2 типу рівень МСР-1 був вище ніж II ФК на 10,32% ($p \leq 0,05$), ІЛ-1β на 30,6% ($p \leq 0,05$). У групі порівняння, представленої пацієнтами на ХСН без ЦД, також знайдено підвищення рівня МСР-1 у хворих на ХСН III ФК порівняно з II ФК на 13,3% ($p \leq 0,05$), ІЛ-1β на 9,68% ($p \leq 0,05$). Аналіз концентрації вищезазначених показників у сироватці крові було проведено у хворих на ЦД 2 типу та без нього за наявності однакового функціонального класу ХСН.

Так у хворих на ХСН II ФК з ЦД 2 типу при зіставленні з пацієнтами без ЦД спостерігається достовірне зростання рівня МСР-1 на 19% ($p \leq 0,05$). Що стосується хворих з III ФК, рівень досліджуваного маркера також вірогідно підвищувався за наявності супутнього ЦД 2 типу. Прозапальний ІЛ-1β достовірно не відрізнявся у вищезазначених групах.

Наявність ЦД 2 типу виявляє негативний вплив на стан маркерів імунозапалення, що відображається зростанням рівнів маркера фіброзу МСР-1 внаслідок надмірної активності прозапальної цитокинової ланки представленої ІЛ-1β, яке має синергічний негативний вплив на перебіг ХСН при ІХС.

ИЗУЧЕНИЕ ДОЗОВОЙ НАГРУЗКИ НА СЛИЗИСТУЮ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИПОЛОСТНОГО ОБЛУЧЕНИЯ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Е.В. Немальцова, А.С. Нестеренко, Л.Л. Васильев, И.А. Самофалов
ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины»,
Харьков

Цель. Изучить дозу, полученную слизистой прямой кишки, во время проведения сеанса внутрисполостного облучения на аппарате АГАТ-В в зависимости от разовой очаговой дозы (РОД) и геометрии источников.

Материалы и методы. Обследовано 10 пациенток в возрасте от 43 до 67 лет раком гениталий: 6 пациенток с диагнозом рак тела матки (РТМ) T2-3N0-1M0 и 4 пациентки с диагнозом рак шейки матки (РШМ) T2-3Nx-1M0, получивших этап внутрисполостного облучения при радикальной программе сочетанно-лучевого лечения или в плане комбинированного лечения. Измерение дозы, по-

лученной слизистой прямой кишки, во время сеанса внутрисполостного облучения проводилось в начале и в середине лечения с помощью аппарата Unidose E фирмы PTW-Freiburg на базе отделения дистанционной, сочетанной лучевой и комплексной терапии ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины».

Результаты. При проведении послеоперационного курса внутрисполостного облучения к влагалищному рубцу подводилось два боковых овоида с двумя источниками Собо (геометрия источников 1-0-1), РОД 3,5 Гр. Доза на слизистую recti составила 1,83-2,41 Гр на I сеансе и 1,62-2,23 Гр на V сеансе. При проведении внутрисполостного облучения по радикальной программе у больных РШМ в полость матки вводился эндостат с 5 источниками Собо и по одному источнику в боковые своды (геометрия источников 1-5-1), РОД на т.А 5 Гр. Доза на слизистую прямой кишки составила 1,8-2,66 Гр на I сеансе и 1,86-2,5 Гр на VI сеансе.

Данные дозиметрии *in vivo* свидетельствуют о том, что слизистая прямой кишки при внутрисполостном облучении получает 50-70% разовой очаговой дозы. С увеличением количества сеансов внутрисполостного облучения в обоих случаях отмечено снижение дозы, полученной слизистой recti, в среднем на 0,1-0,2 Гр. Вероятнее всего это связано с уменьшением послеоперационного или инфльтративного отека тканей.

Выводы. Анализируя полученные нами данные, можно предположить, что дозовая нагрузка на слизистую прямой кишки снижается с увеличением количества сеансов внутрисполостного облучения. Для получения более достоверных результатов необходимо продолжить исследование в данном направлении.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В.Г. Нестеренко

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Актуальность темы: сегодня здоровье большинства людей страдает от наличия вредных привычек. Эти проблемы не появляются сами по себе; во многих случаях они возникают от подражания другим, социальной неопределенности, психической и эмоциональной неуравновешенности.

Младшие школьники очень внимательны и склонны к подражанию действий взрослых как положительных, так и отрицательных. Некоторые поступки уже прочно вошли в привычку, а другие носят пока еще единичный характер.

Привязанность к вредным привычкам у каждого человека различается по времени привыкания. Наиболее быстрое привыкание к воздействию вредных привычек (курению, алкоголизму, употреблению наркотиков) отмечается в организме детей, так как их психика полностью не сформирована и быстро реагирует на внешние воздействия.

Семейная профилактика вредных привычек у детей сводится к формиро-

ванию у них свойств и качеств, обеспечивающих успешную социальную адаптацию к окружающей среде. Вредные привычки сами собой не появляются, они на начальных стадиях имеют объективно обоснованный характер и причинно-следственную связь.

Медики в первую очередь ссылаются на генную передачу вредных привычек из поколения в поколение. Да, это так, но не всегда у неблагополучных семей рождаются дети, употребляющие алкоголь, имеющие пристрастие к курению и употреблению наркотических веществ. Только в 50% случаев информация о вредных привычках заложена в генах, а остальное зависит от того воспитания ребенка, которое он получает в своей семье, учебном заведении.

Главная задача родителей – ориентировать ребенка на здоровый образ жизни. Научить ребенка бережно относиться к своему здоровью, строить гармонично свои отношения с окружающим миром — важнейшая задача родителей. Основу формирования навыков здорового образа жизни закладывают родители. Именно они определяют его отношение к своему здоровью, тем ценностям, которые обуславливают ее поведение, подают пример для подражания и могут вовремя предотвратить развитие пристрастия к вредным привычкам.

IN VIVO ДОЗИМЕТРИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

А.С. Нестеренко, Е.В. Немальцова, А.В. Трофимов, И.А. Самофалов.

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

Введение. Дистанционная лучевая терапия является стандартом лечения распространенного рака шейки матки. Наиболее точное измерение поглощенной дозы пациентом при лучевой терапии возможно лишь при дозиметрии *in vivo*, что так же является составляющей частью программы гарантии качества лучевой терапии. Применение дозиметрии *in vivo* позволяет определить фактическую поглощенную дозу в прямой кишке, что необходимо для выбора адекватного плана лечения.

Цель исследования. Оптимизация дистанционной лучевой терапии при облучении малого таза с помощью *in vivo* дозиметрии поглощенной дозы в прямой кишке, у пациенток РШМ получавших 3D конформную терапию.

Материалы и методы. Обследовано 12 пациенток с РШМ. Возраст пациенток находился в диапазоне 47-65 лет. У 5 пациенток процесс РШМ соответствовал T2bNxM0 ст. 2b, у 7 -T3bNxM0 ст. 3b. Все пациентки получали лечение на линейном ускорителе CLINAC 600-С. Для дозиметрии была выбрана ионизационная камера ТМ 30013 PTW Farmer Ionization chamber, которая помещалась в прямую кишку, во время проведения процедуры облучения. План лечения был разработан на основании данных компьютерной томографии. Принималось во внимание температура тела пациента, а так же давления барометра, для учета коэффициента поправки.

Результаты. Пациентам было проведено 2 измерения – на 1-м сеансе ДЛТ,

затем после СОД на малый таз 20 Гр. Расчетная доза в прямой кишке составляла 2 Гр для каждого пациента. Полученная поглощенная доза в прямой кишке составила 1,8 Гр - 2,1 Гр, в зависимости от методики проведения ДЛТ (подвздошные ягодичные поля, бок методика под $<90^\circ$, 4-х полевая методика под углами 60°). Минимальная доза на прямую кишку получена при проведении ДЛТ техникой подвздошно-ягодичных полей спереди сзади. Показания при повторном измерении, как правило, меньше, чем на 1-м сеансе ДЛТ на 0,2 Гр.

Выводы. Дозиметрия *in vivo* подтверждает данные о том, что поглощенная доза в прямой кишке варьирует в зависимости от полей облучения. Одним из факторов, влияющих на дозу, получаемую прямой кишкой, является положение пациента, движение пациента во время лечения, неоднородность тканей, наполнение прямой кишки. Вычисление общей суммарной дозы полученной прямой кишкой необходимо для прогнозирования возможных лучевых реакций. Верификация дозы при 1-м сеансе и в дальнейшем во время лучевой терапии - неотъемлемая часть современной радиотерапии. Данное исследование доказало возможность более точной оценки поглощенной дозы на прямую кишку.

РОЛЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ В РОЗВИТКУ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ 1-2 СТУПЕНЮ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Я.В. Нікіфорова, Г.Д.Фадєєнко

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

Мета — вивчити харчову поведінку та режим харчування у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки у поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням 1-2 ступеню на тлі гіпертонічної хвороби для розробки комплексної програми корекції харчової поведінки.

Матеріали та методи. У 30 хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки у поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням 1-2 ступеню на тлі гіпертонічної хвороби віком $42,6 \pm 3,4$ років за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ вивчено харчову поведінку. Режим харчування досліджували з використанням додатково розробленого опитувальника оцінки нутритивного статусу. Усім хворим проведені антропометричні дослідження, холтеровське монітування артеріального тиску, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та серця.

Результати. Встановлено, що у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки у поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням 1-2 ступеню на тлі гіпертонічної хвороби 1-2 стадії спостерігалися три типи порушення харчової поведінки (екстернальний, обмежувальний та емоційний) з достовірним переважанням екстернального типу ($3,3 \pm 0,09$ у порівнянні з $2,9 \pm 0,1$ та $2,0 \pm 0,14$ відповідно). Пацієнти з ожирінням 1-2 ступеню (індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 та 35 кг/м² відповідно) порівняно з пацієнтами з надлишковою масою тіла (ІМТ ≥ 25 кг/м²) частіше не вживали сніданку (46% та 12%), мали 2-3 - разовий прийом їжі і більш ніж 6-годинний інтервал між основними прийомами їжі порівняно з осо-

бами ожирінням 1 ступеню та з надлишковою масою тіла (96% у порівнянні з 90% та 41% відповідно). В усіх групах виявлено більшу частку пацієнтів (88%, 82% та 78% відповідно), які зловживали жирами, смаженою їжею та солодкими напоями. Достовірних кореляційних зв'язків між ступенем артеріального тиску та типами порушення харчової поведінки не виявлено, однак у харчовому статусі більшість хворих виявлене збільшення вживання солі (більше 5г/день) пацієнтами усіх досліджуваних груп.

Висновки. Відсутність сніданку, збільшення інтервалу між основними прийомами їжі та пізній час останнього прийому їжі є ключовими порушеннями в режимі харчування у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки у поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням 1-2 ступеню на тлі гіпертонічної хвороби. Зловживання жирами, смаженою їжею та солодкими напоями, яке частіше спостерігали в групі осіб з ожирінням 1-2 ступенів, є важливим чинником формування надлишкової маси тіла. Усі три типи порушення харчової поведінки, які спостерігали у даній когорті пацієнтів, підтверджують необхідність її корекції в комплексній програмі лікування даної групи хворих.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

С.В. Новохатская

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

К вторичной олигоменорее (ВОМ) по МКБ X относят наличие редких и/или очень скудных менструаций, появляющихся после предшествовавшего регулярного менструального цикла. В литературе отсутствуют сведения о клинических особенностях этой патологии.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической картины ВОМ у девочек-подростков.

Материалы и методы. Осмотрено 84 больных 13–17 лет с ВОМ. Проанализированы данные менструального анамнеза, ультразвукового исследования матки и яичников, определялись индекс массы тела (ИМТ) и соотношение окружности талии и окружности бедер (ОТ/ОБ). Контрольную группу составили 1795 девочек того же возраста.

Результаты исследования. Установлено, что у подростков, в отличие от взрослых женщин, средние размеры ОТ составляют $67,3 \pm 0,9$ см, ОБ – $88,9 \pm 1,6$ см, соотношение ОТ/ОБ – $0,76 \pm 0,01$ без статистически достоверных различий по возрасту. Средний возраст менархе (Ме) не отличался от контрольного и составил $12,6 \pm 0,3$ лет. Частота раннего менархе в три раза превышала популяционную (7,1 %), а позднее менархе встречалось в 4,5 раза реже, чем в популяции (1,2 %). У 36,9 % девочек ВОМ возникала после года регулярных менструаций, но обратились в первый год после появления ОМ только треть из них. У 35,7 % ВОМ возникла через 2 года и у 27,4 % через 3 года и более после Ме. Задержки менструаций до 3 месяцев была у 58,3 % и от 3 до 5 месяцев - у 41,7 % обследо-

дованных. Нормальные значения ИМТ имели более половины девочек с ВОМ (64,3 %), дефицит веса, избыточная масса тела и ожирение регистрировалось примерно с одинаковой частотой (11,9 %, 10,7 % и 13,1 % соответственно). ОТ, ОБ и их соотношение превышали контрольные значения у 30,4%, 56,4 % и у 13,0 % соответственно, в основном, у девочек с избыточной массой тела и ожирением. Наличие гипертрихоза или гирсутизма зарегистрировано у 55,9 % обследованных. Гипоплазия матки наблюдалась у 28,6 % больных. Яичники имели обычную структуру у половины пациенток (52,4 %), признаки мультифолликулярной структуры регистрировались у 35,7 % больных, у 7,1 % девочек наблюдалась персистенция фолликула и у 4,8 % - фолликулярная киста яичника.

Таким образом, ВОМ у подростков отличается выраженным клиническим полиморфизмом, что требует выяснения патогенеза патологии в каждом отдельном случае.

ВЛИЯНИЕ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ НА ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ИБС И СД 2 ТИПА

Т.Г. Оврах, С.А. Серик

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

Цель исследования – изучить особенности тромбоцитарного гемостаза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) на фоне двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ).

Материалы и методы. Обследовано 28 больных ИБС с СД и 18 больных ИБС без СД, получавших после острого коронарного синдрома ДАТ (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут) в течение (6±2) недель. Группу сравнения составило 15 лиц без ИБС и СД, не принимавших антитромбоцитарные препараты. Оценивали суммарный индекс агрегации тромбоцитов при АДФ- и арахидонат-индуцированной агрегации (СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат). Определялся уровень 11-дегидро-тромбоксана В2, креатинина в моче и рассчитывалось их соотношение (нг/мг креатинина).

Результаты. Установлено, что СИАТ-арахидонат у больных ИБС с СД ((16,08±1,57) %) был достоверно выше, чем у больных ИБС без СД ((8,16±2,14) %), (p<0,05). Значимых различий по СИАТ-АДФ ((52,59±3,58) % и (56,05±3,76) %, соответственно) между этими группами не выявлено.

Показатели СИАТ-АДФ и СИАТ-арахидонат у больных ИБС с СД достоверно не отличались от лиц группы сравнения ((74,02±3,86) % и (28,80±4,14) % соответственно), тогда как у больных ИБС без СД данные показатели были достоверно ниже, (p<0,05).

Уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче у больных ИБС с СД ((1,23±0,87) нг/мг креатинина) был достоверно выше, чем у больных ИБС без СД ((0,47±0,95) нг/мг креатинина), (p<0,05) и практически не отличался от лиц, не принимавших антитромбоцитарные препараты ((1,62±1,03) нг/мг креатинина). Тогда как в группе без СД данный показатель был достоверно ниже, чем в группе сравне-

ния.

При проведенні кореляційного аналізу в групі больних ИБС с СД виявлені позитивні зв'язки СИАТ-АДФ с СИАТ-арахидонат ($r=0,46$, $p<0,05$) и с 11-дегідро-тромбоксан В2 в моче ($r=0,33$, $p<0,05$).

Висновки. АДФ-індуційована агрегація тромбоцитів блокується однаково ефективно вне зависимости от наличия СД у больних ИБС при приеме ДАТ, тогда как арахидонат-індуційована агрегація у больних с СД угнетається в меншій ступені, чем у больних без СД. Уровень 11-дегідро-тромбоксана В2 в моче у больних ИБС в сочетании с СД при приеме ДАТ вище, чем у больних без СД, и практически не отличается от лиц, не принимающих антиагрегаторные препараты, тогда как у больних без СД даний уровень был ниже. В групі больних с СД, в отличие от больних без СД, были выявлены позитивні кореляційні зв'язки СИАТ-АДФ с показателями СИАТ-арахидонат и 11-дегідро-тромбоксан В2 в моче.

РОЛЬ РЕЗИСТИНУ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

О.В. Огнєва

Харківський національний медичний університет

Мета: встановити рівень резистину і його зв'язок з показниками функціонального стану печінки у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) і при її поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД-2) з різним трофологічним статусом.

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих: 1-ша група ($n=20$) – хворі з ізольованою НАЖХП, 2-га група ($n=20$) – хворі з поєднанням НАЖХП і ЦД-2 з нормальною масою тіла і 3-я група ($n=50$) – хворі з коморбідною патологією і ожирінням. Контрольна група ($n=20$) – практично здорові особи. Показники ферментного та пігментного обмінів визначалися біохімічним методом (реактиви «Das spectroMed»). Рівень резистину визначався імуноферментним методом (реактиви «BioVendor»).

Результати. Середній рівень резистину достовірно ($p<0,001$) підвищувався у всіх групах в порівнянні з групою контролю, де він склав ($4,87\pm 0,11$ нг/мл), рівень був найвищим в 3-й групі ($10,0\pm 0,11$ нг/мл) і значимо відрізнявся від показників у 1-й і 2-й групі ($7,56\pm 0,21$ нг/мл і $8,06\pm 0,23$ нг/мл відповідно). В 1-й групі кореляції не встановлені. У 2-й групі резистин корелював з кон'югованим білірубіном ($r=0,46$, $p<0,05$). В 3-й групі виявлена кореляція між резистином і аспартатамінотрансферазою ($r=0,57$; $p<0,05$), аланінамінотрансферазою ($r=0,49$; $p<0,05$), лужною фосфатазою ($r=0,82$; $p<0,05$), загальним ($r=0,59$; $p<0,05$) і кон'югованим білірубіном ($r=0,71$; $p<0,05$).

Висновки. Прогресування НАЖХП багато в чому обумовлено надмірним розвитком жирової тканини та інсулінорезистентністю, а також профіброгенними і прозапальними ефектами резистину, які, судячи з наявності тісних кореляційних зв'язків, активуються при ожирінні.

ИНТЕРЛЕЙКИН-1β ТА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ

М.О. Олійник

Харківський національний медичний університет

Інтерлейкин-1β (ІЛ-1β) пригнічує функціональну активність β-клітин і потенціює глюкозотоксичність. Вивчення впливу ІЛ-1β на обмін вуглеводів у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу та остеоартроз (ОА) допоможе краще зрозуміти процеси патогенезу метаболічних порушень.

Мета роботи: вивчення рівня ІЛ-1β у хворих на ЦД 2 типу та при поєднанні його з ОА, та його взаємозв'язок з показниками вуглеводного обміну у цих груп хворих.

Матеріали та методи. Обстежено 82 хворих (25 чоловіків та 57 жінок, середній вік $55,91 \pm 1,04$ років). Всі хворі були поділені на 2 групи: перша з ізольованим перебігом ЦД 2 типу ($n=19$), друга з поєднанням ЦД 2 типу та ОА ($n=63$). Проводилося дослідження рівня глюкози в сироватці крові натще (ГКН), глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) - глюкозооксидантним методом за допомогою набору «Діабет-тест» (Росія), імунореактивного інсуліну (ІПІ) - імуносорбентним сендвіч-методом (реактиви «DRG» (Німеччина)). Розраховувався НОМА-ІР ($НОМА-ІР = інсулін (мкОД/мл) \times глюкоза (ммоль/л) / 22,5$). Рівень ІЛ-1β визначався імуноферментним методом за допомогою набору реактивів «Protein Contour» (Росія). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Результати. Середній рівень ІЛ-1β в групі з поєднаним перебігом ОА та ЦД 2 типу складав $(75,37 \pm 1,69)$ пкг/мл в групі хворих і був достовірно ($p < 0,0001$) вище ніж групі з ізольованим перебігом ЦД 2 типу ($51,95 \pm 1,69$) та контрольній групі ($28,8 \pm 1,63$) пкг/мл. При дослідженні зв'язку між показниками вуглеводного обміну та рівнем ІЛ-1β, були виявлені кореляційні зв'язки між ІЛ-1β та ГКН ($r=0,60$; $p < 0,05$), HbA1 ($r=0,50$; $p < 0,05$), та НОМА-ІР ($r=0,59$; $p < 0,05$). Виявлена сильна кореляційна залежність між рівнем ІЛ-1β та ГКН ($r=0,61$; $p < 0,05$), HbA1 ($r=0,52$; $p < 0,05$), ІПІ ($r=0,64$; $p < 0,05$) та НОМА-ІР ($r=0,70$; $p < 0,05$) в групі з поєднаним перебігом ЦД 2 типу та ОА.

Висновки. Отримані результати змін вуглеводного обміну та їх зв'язок з рівнем ІЛ-1β демонструють роль цього цитокіну у метаболічних порушеннях у хворих на ЦД 2 типу та ОА. Це вказує на те, що ІЛ-1β може бути маркером погіршення вуглеводного обміну у хворих на ЦД 2 типу та ОА.

ОСОБЕННОСТИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ

А.С. Острополец

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Воспаление продолжает оставаться одной из важнейших проблем медицины, зачастую утрачивая свое приспособительное значение и превращаясь в самостоятельный патогенный фактор. Несмотря на значитель-

ное количество исследований, посвященных изучению клинических аспектов воспаления, механизмы возникновения, развития, течения и исхода хронического воспаления изучены недостаточно.

Цель. Изучить фагоцитарную активность нейтрофилов периферической крови при хроническом и остром воспалении.

Материалы и методы. Опыты поставлены на 36 крысах, по 15 в обеих группах и 6 крыс – контроль. Острое воспаление (ОВ) вызывали введением культуры *St. aureus*, хроническое воспаление (ХВ) – 5 мг λ -карагинена, наблюдали с 6-го часа по 28 сут. Исследовали фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ) и индекс активности нейтрофилов (ИАН).

Результаты и обсуждение. ФИ при ОВ был достоверно повышен с 6 часа с максимумом на 2 сут ($82 \pm 1,8\%$, контроль – $63,7 \pm 2,7\%$) и на 5-7 сут ($74,5 \pm 2,2\%$). При ХВ наблюдалось достоверное его снижение на 1 сут ($51,3 \pm 1,3\%$) и повышение на 2 сут ($75,5 \pm 2,7\%$), после чего снижение почти до исходного уровня на 7-10 сут и рост к 14 сут ($72,7 \pm 1,1\%$), что было связано с дополнительным выходом лейкоцитов из костного мозга. Динамика ФЧ совпадала с ФИ: при ОВ оно повышалось на всем протяжении опыта (max $5,2 \pm 0,7$ на 5 сут, контроль $3,5 \pm 0,2$), что можно объяснить выходом в кровь более функционально активных нейтрофилов. При ХВ наблюдалось последовательное снижение (6 час $2,8 \pm 0,2$) и возрастание (14 сут. $4,3 \pm 0,1$). ИАН изменялся следующим образом: возрастал при ОВ (max $1,2 \pm 0,1$, контроль $1,0 \pm 0,03$), при ХВ, в целом, изменялся меньше и понижался с минимумом на 3 сут. ($1,0 \pm 0,01$).

Выводы. При анализе динамики хронического воспаления было обнаружено, что повышение фагоцитарной активности нейтрофилов наблюдалось позднее и было более пролонгированным, чем при остром. Также наблюдалось временное несоответствие динамики фагоцитарной активности с количественной динамикой лейкоцитарной реакции периферической крови на более поздних этапах воспаления в связи с продолжающейся эмиграцией лейкоцитов в очаг. Это, наряду со снижением поглотительной и переваривающей способности фагоцитов, играет решающую роль в хронизации воспаления.

ЗВ'ЯЗОК ПУХЛИННОГО ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ З КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ТА МОЛЕКУЛЯРНИМ ПРОФІЛЕМ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

А.О. Павлова, Т.В. Задворний

*Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології
ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ*

Актуальність. Рак молочної залози (РМЗ) характеризується значною гетерогенністю як клітин пухлинного пласту, так і їх молекулярним фенотипом. Зазначене зобов'язує дослідників поглиблювати вивчення особливостей біології пухлинної клітини. В останні роки набувають все більшої актуальності дослідження порушень метаболізму металовмісних білків у хворих на РМЗ, в тому числі церулоплазмін (ЦП).

Мета. Дослідити експресію ЦП у пухлинних клітинах хворих на РМЗ залежно від клініко-патологічних особливостей, у тому числі від молекулярних підтипів РМЗ.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 40 жінок, хворих на РМЗ, I-II стадії за класифікацією TNM (6-те видання, 2002 р.); гістологічний тип пухлин верифіковано відповідно до класифікації ВООЗ (2006 р.). Імуногістохімічне дослідження (ІГХ) ЦП у пухлинних клітинах здійснювали на парафінових зрізах за стандартною методикою. Оцінку результатів ІГХ дослідження проводили за допомогою світлооптичної мікроскопії з використанням класичного методу H-Score. Для статистичної обробки отриманих даних використано програму STATISTICA 6.0

Результати. 60,7 % пухлин позитивних за експресією ЦП відмічено у групі хворих із збереженою репродуктивною функцією, у порівнянні з (54,8 %) хворими в стані менопаузі ($p \leq 0,05$). Більша кількість ЦП- позитивних пухлин була у групі пацієток віком до 50 років (66,7 %). Підвищення відсотку пухлин, що експресували ЦП спостерігалось у хворих з I стадією РМЗ ($p \leq 0,05$). Більша кількість ЦП- позитивних пухлин відмічена у хворих на інфільтруючу протокову карциному (59,4 %) у порівнянні з дольковою карциномою (40,6 %) ($p \leq 0,05$). Показано, що кількість ЦП- позитивних пухлин відрізняється у групах хворих з різними молекулярними підтипами РМЗ: найбільша їх кількість (80 %) відмічена у групі з HER2/neu – молекулярним підтипом.

Висновки. Отримані дані щодо зв'язку експресії ЦП з клініко-патологічними особливостями та молекулярним профілем РМЗ свідчать про перспективи його використання в якості додаткового прогностичного маркера перебігу пухлинного процесу.

CYTOKINES CHANGES IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

N.O. Panko, E.A. Adegoke, M.A. Abiodun

V.N. Karazin Kharkov national university

Difficulties in the diagnosis of juvenile idiopathic arthritis (JIA) in the initial stages of the pathological process, especially the form of the primary lesions of joints, caused by nonspecific clinical manifestations, nonspecific changes in the immune system and their similarity with other rheumatic diseases, which are also accompanied by arthritis. Most authors believe that leading role in the pathogenesis of JIA pertain to genetically determined imbalance of cellular immunity, in particular, CD4⁺, Th1-lymphocytes, monocytes (macrophages), proinflammatory and anti-inflammatory cytokines.

The goal of our research is to deepen knowledge about importance of IL1 β , IL6 and TNF- α in patients with JIA.

Materials and methods. The study involved 64 children within 2-18 years with JIA, who were hospitalized in the clinic of SE 'Institute for children and adolescents health care of NAMS Ukraine' and 34 healthy children for control group. There were 41 females and 23 males. Interleukins content (IL1 β , IL6, TNF- α) was studied by

ELISA. For the statistic processing of the material Stagraphics 3.0, parametric and non-parametric criteria were used.

Researches results. Detailed analysis had enabled us to diagnose oligoarticular JIA in 28,13 % of patients, RF-positive polyarticular JIA – 7,81 % and RF-negative polyarticular JIA – 64,06 %. 77,78 % of patients with oligoarticular and 70,73 % with RF-negative polyarticular JIA were children before 10 years old, by comparison 60,00 % patients with RF-positive polyarticular JIA were older then 15 years. The changes of levels of IL1 β and TNF- α were not difference for patients of all studied forms comparative with control group. The mean IL6 level in patient with JIA was higher than in the healthy children ((37,25 \pm 22,47) pg/ml vs (2,37 \pm 0,69) pg/ml of control group, $p < 0,01$). It should be added that the mean IL6 level in patient with RF-negative polyarticular JIA was higher in comparison with oligoarticular ($p < 0,05$), RF-positive polyarticular JIA ($p < 0,05$) and control group (0,01).

Conclusion. From the results, it can be deducted that JIA has a significant increase of IL6 after its debut and the stages of its subsequent evolution. The highest mean IL6 level was found in patients with RF-negative polyarticular JIA.

СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ, ЧТО НОВОГО?

А.А. Парфёнова, В.И. Молодан

Харьковский национальный медицинский университет

Внезапная сердечная смерть остается лидирующей причиной смерти в мире, а состояние клинической смерти за редким исключением является показанием для проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР). По данным ВОЗ, частота внезапной сердечной смерти составляет 30 случаев в неделю на 1 млн. населения. Внезапная смерть составляет 70% всех умерших больных с ишемической болезнью сердца.

Многие больные с внезапной остановкой кровообращения при оказании им своевременной помощи могут быть успешно реанимированы. Поэтому каждый врач должен владеть эффективными навыками оказания помощи при внезапной смерти.

В Рекомендациях American Heart Association (AHA) по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2010г. предложено заменить последовательность основных мероприятий по поддержанию жизнедеятельности А-В-С (освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание, компрессионные сжатия) последовательностью С-А-В (компрессионные сжатия, освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание) для взрослых, детей и грудных детей. Такое серьезное изменение последовательности СЛР потребует переобучения всех, кто когда-либо обучался СЛР, однако, по общему мнению, составителей Рекомендаций АНА по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2010 г. и специалистов, преимущества оправдают затраченные усилия.

За время, прошедшее после публикации Рекомендаций АНА по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2005 г., многие

реанимационные службы отметили повышение уровня выживаемости пострадавших от остановки сердца. Однако лишь немногие люди, с внезапной остановкой сердца, получают эффективную помощь (СЛР). Качество СЛР должно быть высоким и помощь после остановки сердца должна оказываться высококвалифицированными специалистами. Залогом улучшения качества реанимации являются обучающие курсы и курсы переподготовки.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE PROGRESSION OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV/AIDS POSITIVE PATIENTS

O.V. Pidverbetska, A.Y. Savchuk, M.P. Payonk
Bucovinian state medical university

Today in Ukraine and in many countries throughout the world at the same time develop the epidemics of the two dangerous infectious diseases – tuberculosis (TB) and human immunodeficiency virus (HIV) infection. Over 30 % of HIV-positive develops TB and around 40% from them die from this disease. Numerous bibliographical sources state that the pulmonary tuberculosis in HIV-positive patients has its own peculiarities, that can make its diagnosis really hard.

The aim. To determine the peculiarities of the course of the pulmonary tuberculosis in HIV/AIDS-positive people.

Materials and methods. To achieve the aim of the research there were examined 30 patients with co-infection HIV/TB and 40 HIV-negative patients with the primary diagnosed pulmonary TB who formed the control group 2. To estimate the bronchial-pulmonary (BPS) and intoxication syndromes (IS), we collected the complaints of the patients and analyzed them by the scaling rate, which was developed by us.

Results. The research shows that the intoxication syndrome was 2,3 times more common ($p < 0,05$) for patients with the HIV-associated TB than for the patients from group 2 (the average point of the significance of the intoxication syndrome in patients with co-infection is $8,1 \pm 2,4$ (95% CI 6,8-9,5 points) versus $3,2 \pm 2,3$ (95% CI 2,5-4,0 points) in patients with primary diagnosed pulmonary TB. The HIV-positive patients from group 1 surely more often in comparison to patients from group 2 experienced the significant intoxication syndrome ($p < 0,05$) – 53,3% versus 2,5% respectively, and much less number of patients experienced the light IS ($p < 0,05$) – 13,3% in group 1 versus 50% in group 2. The average body temperature in patients from group 1 ($38,40,98$ C) was much higher ($p < 0,05$), than in patients from group 2 ($37,10,5$ C).

While comparing the significance of the bronchial-pulmonary syndrome in patients from group 1 with the significance of the bronchial-pulmonary syndrome in patients from group 2, it was researched that the average number of points of the bronchial-pulmonary syndrome in patients with HIV-infection and TB in comparison to group 2 probably did not differ much ($p > 0,05$) – 1,91,8 points (95% CI 0,87-2,87) in group 1 versus 2,82,1 points (95% CI 2,13-3,52) in group 2. In the group with HIV/TB patients the BPS was more often light or totally absent - 86,7% instances in group 1 versus 52,5% instances in group 2 ($p < 0,05$). The moderate bronchial-pulmonary

syndrome in patients from group 1 was observed much less (6,65%) than in patients from group 2 (40%) ($p < 0,05$).

Conclusions. The results of the research showed the credible prevalence of the significant IS over the BPS in patients with HIV/TB ($p < 0,001$).

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО УРОВНЮ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА

О.А.Плохотниченко¹, Л.А. Атраментова¹, М.Ю. Горшунская², Т.В.Тыжненко¹,
Н.С. Красова¹, Ж.А. Лещенко¹, А.И. Гладких¹, А.К. Почерняев¹,
Ю.А. Опалейко¹, А.А. Черняева¹, Н.А. Кравчун¹, В.В. Полторак¹

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

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – широко распространённое заболевание и одно из осложнений сахарного диабета (СД) 2 типа. Основные патогенетические механизмы НАЖБП: инсулинорезистентность, нарушение обмена липидов, оксидативный стресс, воспаление низкой интенсивности. Высокочувствительный С-реактивный белок (вЧСРБ) является белком острой фазы воспалительного процесса и синтезируется главным образом в печени. В ряде исследований установлено, что высокий уровень вЧСРБ ассоциирован с НАЖБП и может использоваться в качестве диагностического критерия.

Цель исследования – создать модель, которая позволит по уровню вЧСРБ оценивать риск развития НАЖБП у больных СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследован 91 больной СД 2 типа (м/ж 50/41; возраст 33-65 лет; с НАЖБП – 38, без НАЖБП – 53). НАЖБП диагностирована при помощи эхографического обследования печени. Уровень вЧСРБ в плазме крови измерен ферментативно при помощи набора Beckman-Coulter. Выполнен ROC-анализ (*receiver operation characteristic*). Рассчитано отношение шансов (*OR – odds ratio*), 95%-ный доверительный интервал (ДИ), чувствительность (Ч), специфичность (С), прогностическая ценность положительного (ПЦ_п) и отрицательного (ПЦ_о) результатов, индекс точности (ИТ).

Результаты. У больных СД 2 типа с НАЖБП уровень вЧСРБ был выше, чем у пациентов без осложнения, соответственно, $5,97 \pm 0,89$ мг/л против $4,17 \pm 0,86$ мг/л ($p < 0,05$). Показатель отношения шансов $OR = 6,19$ (95% ДИ: 2,47–16,53; $p < 0,05$) свидетельствует о том, что высокий уровень вЧСРБ является предиктором/фактором риска развития НАЖБП. Пороговое значение уровня вЧСРБ составляет 2,7 мг/л; площадь под ROC-кривой составляет 72% ($p < 0,0001$). Модель достаточно информативна, поскольку Ч составляет 80%, С – 62%; ПЦ_п – 60%, ПЦ_о – 80%, ИТ – 69%.

Выводы. Разработана чувствительная диагностическая модель для выделения групп риска НАЖБП у больных СД 2 типа по уровню вЧСРБ, которая по-

зволит повисить точность прогнозирования, эффективность профилактики и лечения метаболических нарушений.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

О.О. Погребняк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета. Підвищити ефективність діагностики ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворим із супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та без нього.

Завдання дослідження. Вивчити особливості геометричних типів ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на ІХС із супутнім ЦД 2 типу та без нього.

Матеріали і методи. Обстежено 175 хворих на ІХС віком від 34 до 87 років, середній вік $61,0 \pm 8,0$ роки. В якості клінічної моделі ІХС обрано пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження (ССН). Хворих розподілено на дві групи відповідно до наявності супутнього ЦД 2 типу. До першої групи увійшло 82 хворих (46,9%) на ССН, а до другої групи – 93 хворих (53,1%) на ССН з ЦД 2 типу. Для ехокардіографічного дослідження серця застосовували трансторакальну Ехокардіографію за допомогою УЗ сканера «Sigmamagic 5000» («Kontron Medical», Франція). Визначали показники індекса маси міокарда лівого шлуночка і відносної товщини лівого шлуночка, за якими оцінювали особливості геометричних типів ремоделювання ЛШ.

Отримані результати. Відповідно до наявності або відсутності супутнього ЦД 2 типу розподілення типів ремоделювання ЛШ у хворих на ССН виглядало наступним чином. Нормальна геометрія ЛШ була діагностована у 23 (28%) хворих на ССН, концентричне ремоделювання ЛШ – у 1 (1%) хворого, концентрична гіпертрофія ЛШ – у 3 (4%) цих хворих і ексцентрична гіпертрофія ЛШ – у 55 (66%) цих хворих.

Нормальна геометрія ЛШ була діагностована у 23 (25%) хворих на ССН з ЦД типу 2, концентричне ремоделювання ЛШ – у 3 (3%) цих хворих, концентрична гіпертрофія ЛШ – у 5 (5%) цих хворих і ексцентрична гіпертрофія ЛШ – у 62 (67%) цих хворих.

Висновки. У хворих на ССН найчастіше було діагностовано ексцентричну гіпертрофію ЛШ ($p < 0,05$ при порівнянні з частотою діагностування нормальної геометрії ЛШ). У хворих на ССН з ЦД типу 2 також найчастіше було діагностовано ексцентричну гіпертрофію ЛШ ($p < 0,05$ при порівнянні з частотою діагностування нормальної геометрії ЛШ і концентричної гіпертрофії ЛШ). Що свідчить про спільні та однаково загрозливі процеси змін в міокарді у хворих на ІХС при наявності супутнього ЦД 2 типу та без нього.

РОСТОВЫЕ СВОЙСТВА ШТАММОВ *S. AUREUS*, КУЛЬТИВИРУЕМЫХ НА МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

С. В. Пономаренко, О. В. Порт, Т. П. Осолодченко

*Государственное учреждение «Институт микробиологии и иммунологии им. И. И. Мечникова
Национальной академии медицинских наук Украины»*

Staphylococcus aureus (*S. aureus*) является ведущим при гнойно-воспалительных заболеваниях с различными клиническими проявлениями и локализацией. Штаммы *S. aureus*, как и многие виды клинически значимых возбудителей, нуждаются при культивировании в питательной основе содержащей источник азота. Разработка белковых гидролизатов из растительного сырья, как недорогой основы для приготовления питательных сред, так и в виде добавок к питательным средам, до настоящего времени привлекает внимание исследователей.

Цель работы: сравнительная оценка биологических свойств штаммов *S. aureus*, культивируемых на желточно – солевом агаре (ЖСА) и модифицированном агаре ЖСА, дополненном ферментным гидролизатом послеспиртовой зерновой барды (ЗБ).

Объектами исследования были референс-штаммы *S. aureus* ATCC 25923, *S. aureus* ATCC 6538-р и 45 штаммов *S. aureus*, выделенных из клинического материала от пациентов с трофическими язвами нижних конечностей.

Результаты. Исследование ростовых свойств модифицированной питательной среды, дополненной ферментным гидролизатом ЗБ, и стандартного ЖСА, проводили путем качественного и количественного учета роста макроколоний при высеве суспензии, содержащей 1×10^2 микробных клеток в см³. Установлено, что опытная среда имела удовлетворительные ростовые свойства и не уступала аналогичным характеристикам стандартного ЖСА как при культивировании референс-штаммов, так и клинических изолятов. Общее количество исследуемых клинических культур *S. aureus*, которые выросли на ЖСА составило $(66,2 \pm 0,3) \%$, рост на модифицированном ЖСА, содержащей ЗБ, составил $(67,5 \pm 0,2) \%$ ($p > 0,5$).

При культивировании на модифицированном ЖСА не выявлено достоверных различий в морфологии микробных клеток и колоний в сравнении со стандартным ЖСА.

Таким образом, подтверждена возможность культивирования *S. aureus*, на желточно-солевом агаре, в состав которого в качестве основного компонента включён ферментный гидролизат послеспиртовой барды.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

А.С. Попов

Харьковский национальный медицинский университет

Ежегодно в Украине регистрируется 50 тысяч случаев инфаркта миокарда. При этом статистика смертности от этой болезни остается стабильно высокой – около 30% пациентов.

Целью работы являлось рассмотреть клинический случай, демонстрирующий важность ранней диагностики инфаркта миокарда (ИМ) и проведение своевременной терапии.

Больной Б., 52 лет, был доставлен в ОРИТ НИИ терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины 29.01.15 с жалобами на чувство нехватки воздуха, сухой кашель, удушье в горизонтальном положении. 24.01 ночью впервые в жизни появились давяще-жгущие боли волнообразного характера за грудиной, в эпигастрии, иррадиирующие в нижнюю челюсть и левую руку, непродолжительные, прошли самостоятельно. 25.01 – интенсивные боли той же локализации, вызвал скорую медицинскую помощь (СМП): артериальное давление 190/100, инъекция магнезии и анальгина. Электрокардиография (ЭКГ) не снималась. 26.01 – вызвал участкового врача: подъем температуры, заподозрена пневмония, направлен на рентгенографию органов грудной клетки (ОГК). 27.01 – сделана рентгенография ОГК: признаки сердечной недостаточности (СН), направлен на ЭКГ. Для выполнения рентгенографии больной пешком поднялся на 7-й этаж. 29.01 – сделана ЭКГ: ИМ с зубцом Q, госпитализация в ОРИТ машиной СМП при симптомах отека легких. Был поставлен диагноз: ИБС, острый (25.01.15) передний распространенный ИМ с зубцом Q. Гипертоническая болезнь III ст. СН по Killip III ст. Проведено неотложное лечение: ингаляция кислорода + спирт 70% 50 мл, фуросемид 40мг в/в струйно, нитроглицерин 20мг в/в капельно, морфин 1% – 1мл в/в струйно, нольпаза 40 мг в/в, плавикс 300 мг. Плановое лечение: режим палатный, розувастатин, ивабрадин, зофеноприл, бисопролол, спиронолактон, торасемид, клопидогрель, аспирин, пантопрозол. Состояние больного улучшилось, однако при ультразвуковом обследовании была выявлена острая аневризма левого желудочка.

Выводы: мужчины старше 45 лет составляют группу с высоким риском заболевания ишемической болезнью сердца. Крайне важной является ранняя диагностика ИМ, т.к. несвоевременное начало лечения может привести к возникновению тяжелых осложнений, инвалидизации и даже летальному исходу. Необходима настороженность врача к нетипичным клиническим формам ИМ (ангинозная, астматическая, аритмическая, коллаптоидная, церебральная, абдоминальная, безболевая).

БІОПСІЯ СИГНАЛЬНОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА (СЛВ) У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ (РТМ) (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

*О.В.Поступаленко, Р.І.Верещак, Г.О.Вакуленко, О.П.Манжура, К.В.Харченко
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ*

Актуальність. Біопсія СЛВ є перспективним методом хірургічного стадіювання РТМ. Стан СЛВ (першого лімфатичного вузла на шляху відтоку лімфи) може з високою вірогідністю свідчити про ураженість регіональних лімфолекторів пухлинним процесом.

Мета. Ознайомитись зі світовим досвідом ідентифікації та біопсії СЛВ у хворих на РТМ за даними літератури.

Матеріали та методи. Пошук літератури в мережах PubMed, eLibrary, Scirus (пошукова комбінація слів – сигнальний вузол, сторожевий вузол, рак ендометрія, sentinel node, endometrial cancer).

Результати. Існує досвід виконання хромолімфографії з використанням 1% водного розчину ізосульфату синього (Lymphazurin; U.S. Surgical/Тусо International), 2,5% водного розчину патентованого синього (Bleu Patented V; Guerbet), 1% водного розчину метиленового синього у хворих на РТМ. Для лімфосцинтиграфії використовується Tc^{99m} , для флуоресцентного дослідження – індоціанін зелений. Дані про використання з цієї ж метою феромагнетиків відсутні. Загалом, рівень ідентифікації (PI) коливається у межах 0-100% (Echt ML et al, 1999; Massauro M et al, 2005), хибно-негативних результатів – 0-2% (Ballester M et al, 2011). При субсерозному введенні контрасту в міометрій PI становить 45-92% (Frumowitz M et al, 2007; Altgassen C et al, 2007), чутливість – 62,5-92,3% (Torre A et al, 2013). При ін'єкції контрасту в шийку матки PI складає 62,1-96% (Vidal F et al, 2013; Niikura H et al, 2013), чутливість – 89-100% (How J et al, 2012; Ballester M et al, 2011). При гістероскопічному введенні контрасту PI становить 50-100% (Robova H et al, 2009; Massauro M et al, 2005).

Висновки. Хромолімфографічна ідентифікація СЛВ у хворих на РТМ є найбільш доступним методом, який не потребує додаткового технічного забезпечення та дозволяє отримати задовільні результати, не поступаючись іншим методикам визначення СЛВ. Зважаючи на значну гетерогенність дизайнів та результатів досліджень, необхідно проводити додаткові дослідження для вироблення прийнятної техніки біопсії СЛВ.

ВЕРИФІКАЦІЯ СТАНУ СЕРЦЯ І СУДИН У ХВОРИХ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Я.К. Радзішевська¹, Є.Б. Радзішевська²

¹ КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №27»

² Харківський національний медичний університет

Мета: вивчення особливостей стану серця і судин (СС) у здорових, хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ), хворих з коморбідною патологією (есенціальна АГ у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу (АГ+ЦД)) з

використанням сучасних методів ультразвукової діагностики та багатомірних статистичних методів.

Матеріали і методи: обстежено 134 пацієнта: перша група - 44 хворих з есенціальною АГ II стадії, 2-3 ступеню, друга група - 45 хворих з есенціальною АГ II стадії 2-3 ступеню у поєднанні з ЦД 2 типу, група контролю - 45 здорових пацієнтів. Групи були зіставними за віком та статтю. Ультразвукове дослідження СС проводилося ультразвуковим сканером ULTIMA PA фірми РАДМІР (Україна). Статистичну обробку даних проведено з використанням методів непараметричної статистики та факторний аналіз як метод багатомірної статистики за допомогою інтегрованого пакету «STATISTICA 6.1.478».

Результати дослідження. Проведення серії факторних аналізів, дозволило відібрати серед 140 первинних ультразвукових показників оптимальний набір ехографічних показників та сформувавши на їх підставі 4 фактори, кожен з яких являв собою лінійну комбінацію відібраних показників, а критерієм оптимальності була можливість їх клінічної інтерпретації. Перший фактор характеризував судини, а саме стан макроциркуляції, другий фактор - функціональний стан серця, третій фактор - структурний стан серця, четвертий фактор - стан мікроциркуляції. Всі показники на статистично значимому рівні залежали від групової приналежності пацієнтів, при цьому показники структури та мікроциркуляції можуть правити за маркери цукрового діабету. Значення для кожного з факторів представлено у лінійних рівняннях регресії, за якими програма розраховує значення факторів для кожного спостереження (пацієнта) та які можуть бути використані надалі у клінічній практиці. За значенням кожного фактору у пацієнта, що підлягає ехографічному дослідженню, можна диференціювати наявну патологію шляхом оцінки стану СС. Додатково було сформовано інтервали відносної норми.

Висновки. Одержано інтегральні ехографічні показники, що є маркерами прогресування дисфункції СС при наявності АГ та її ускладненні ЦД 2 типу. На сучасному етапі комп'ютеризації медичної апаратури запропоновані показники надають можливість комплексної оцінки СС та диференційної діагностики захворювань, що супроводжуються порушенням їх стану.

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 β В РАЗВИТИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

В.Р. Романенко

Харьковский национальный медицинский университет

Сахарный диабет 2 типа (СД-2) – один из важнейших факторов риска формирования патологии миокарда. Многими исследователями подтверждается значение провоспалительных цитокинов в развитии инсулинорезистентности (ИР) и осложнений СД-2. Однако мы не нашли исчерпывающих данных относительно роли интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) в развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных СД-2.

Цель исследования: Установить степень участия ИЛ-1 β в формировании диастолической дисфункции (ДД) миокарда левого желудочка у больных СД-2 с

нормальной и повышенной массой тела.

Материалы и методы. Мы обследовали 102 больных СД-2 без тяжелых осложнений. У больных 1 группы (n=38) индекс массы тела (ИМТ) составил менее 28,5 кг/м², во 2 группе (n=64) – более 28,5 кг/м². У всех больных был определен уровень ИЛ-1β иммуноферментным методом; эхокардиографическим методом определяли максимальную скорость раннедиастолического потока E, скорость потока, обусловленного систолой предсердий A, отношение E/A и время изоволюмической релаксации (IVRT).

Результаты. Получены достоверные различия в уровнях ИЛ-1β в группах: 11,34±0,25 и 14,76±0,28 пг/мл в 1 и 2 группах соответственно. Значения E/A и IVRT также достоверно различались: в 1 группе E/A=0,93±0,04, а во 2 – 0,82±0,022; IVRT в 1 группе составило 102,84±1,47 мс, а во 2 - 106,44±0,94 мс. В 1 группе между ИЛ-1β и отношением E/A была выявлена корреляционная связь (-0,06), однако она была слабой и недостоверной. Во 2 группе выявлена взаимосвязь R=-0,27 (p<0,05) между ИЛ-1β и отношением E/A. Хотя уровень IVRT был повышен у больных обеих групп, однако достоверных корреляций между ИЛ-1β и IVRT выявлено не было.

Выводы. В развитии ДД у больных СД-2 и ИМТ выше 28,47 кг/м² наряду с ИР и глюкозотоксичностью принимает участие активация провоспалительного ИЛ-1β. Учитывая высокую актуальность рассматриваемого вопроса, мы планируем дальнейшее изучение формирования сердечно-сосудистой патологии у больных СД-2 с повышенной массой тела.

СТАН ТРОМБОГЕННОЇ І ВАЗОРЕГУЛЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

В.О.Романова, Н.В. Кузьміна

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

Оцінка функціонального стану ендотелію є важливою у визначенні перебігу та оцінці прогнозу серцево-судинних захворювань, особливо ІХС, оскільки у їх патогенезі важливим аспектом є порушення структури і функції ендотелію, що відбувається значно раніше, ніж з'являються морфологічні та клінічні прояви атеросклерозу.

Мета дослідження – оцінити стан тромбогенної і вазорегулюючої функції ендотелію та їх взаємозв'язок у хворих з різними варіантами перебігу ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 60 хворих на ІХС (35 чоловіків і 25 жінок) у віці від 36 до 72 років (середній вік 56±4,6 роки). Контрольну групу склали 20 здорових осіб відповідного віку та статі. Судиннорухливу функцію ендотелію оцінювали за результатами проб з оклюзією – ендотелій-залежна вазодилатація (ЕЗВД) і з вазодилатором нітрогліцерином – ендотелій-незалежна вазодилатація (ЕНЗВД). Тромбогенну функцію оцінювали за активністю фактора Віллебранда (фВ), яку визначали імуноферментним методом.

Результати. У хворих на ІХС виявлено достовірне підвищення активності фВ на 46,1% відносно контрольної групи (132,8±5,2% і 90,9±4,7% відповідно, p<0,01), при цьому частота виявлення підвищеного рівня фВ зростала по мірі

наростання важкості ІХС. Підвищення активності фВ відмічено у 50% хворих на стабільну стенокардію ІІ ФК, у 68,2% пацієнтів зі стабільною стенокардією ІІІ ФК, в той час як у всіх 100% хворих на нестабільну стенокардію був підвищений рівень фВ. Аналіз вазорегулюючої функції ендотелію показав достовірне зменшення як ЕЗВД на 55,4%, так і ЕНЗВД на 30,1% відносно контрольної групи ($p < 0,01$). Ступінь зниження ЕЗВД та ЕНЗВД прямо залежав від важкості захворювання. Так, зниження ЕЗВД у хворих на стабільну стенокардію ІІ ФК становило 40,9%, стабільну стенокардію ІІІ ФК – 56,0% і нестабільну стенокардію – 67,6% ($p < 0,05$ як відносно контрольної групи, так і між групами). При оцінці ЕНЗВД спостерігалась аналогічна картина зі зниженням приросту діаметра плечової артерії на 17,1%, 28,5% і 42,9%, відповідно ($p < 0,05$ між групами хворих і до показників контролю). Виявлений від'ємний кореляційний зв'язок між активністю фВ і приростом діаметра плечової артерії у пробі з оклюзією ($r_{sp} = -0,57$, $p < 0,01$) і прямий з величиною функціонального класу стенокардії ($r_{sp} = 0,58$, $p < 0,01$).

Таким чином, у хворих на ІХС має місце порушення як тромбогенної, так і вазорегулюючої функції судинного ендотелію, яке зростає по мірі наростання важкості ІХС і при активації атеросклеротичного процесу у хворих на нестабільну стенокардію.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Е.В. Рышкова

Харьковский национальный медицинский университет

Гепаторенальный синдром (ГРС) — это тяжелая функциональная обратимая острая почечная недостаточность (ОПН) у больных, имеющих выраженную печеночную недостаточность и портальную гипертензию в результате острого или хронического заболевания печени, когда исключены другие причины, способствующие поражению почек (прием нефротоксических препаратов, обструкция мочевыводящих путей, хронические заболевания почек и др.).

Цель работы определить особенности клинических проявлений, диагностики и лечения больных с ГРС.

Больной М., 41 год. поступил в стационар с жалобами на слабость, снижение аппетита, тошноту, тяжесть в правом подреберье, отеки нижних конечностей, олигурию, увеличение и вздутие живота в объёме, желтушность кожи и слизистых, появление красных безболезненных пятен на коже туловища, обеих руках. Из анамнеза известно, что заболевание имело быстро прогрессирующий характер и в течение 4 месяцев привело к почечной недостаточности. После детального обследования больного был поставлен диагноз: Цирроз печени в стадии декомпенсации. Класс В по Чайлд-Пью с синдромом портальной гипертензии. Печеночная энцефалопатия І-ІІ ст. Хронический гепатит неясной этиологии. Гепатоспленомегалия. Асцит. ХБП 3-4ст. Больному было проведено лечение: альбумин, метипред, фуросемид, трифас, аспаркам, глюконат Са, дуфалак, гептрал, проксиум, торацеф, эссенциале, эуфиллин, вит.С,В1,В6,В12. На фоне лечения асцитическая жидкость несколько уменьшилась в количестве, но сохра-

няється отечність н/конечностей, появились боли в суставах, нарушение стула, анурия. Больной стал несколько заторможен, снизился аппетит. В результатах лабораторных исследований наблюдается протеинурия, азотемия, гипербилирубинемия, анемия, гипокальциемия, гипонатриемия. Больной переведен в отделение интенсивной терапии для проведения гемодиализа и решения вопроса о трансплантации печени.

При развитии ГПС прогноз неблагоприятный. Смертность при данном осложнении достигает 80–100%, причем основной причиной смерти является не почечная недостаточность, а печеночная кома и профузные кровотечения. Поэтому раннее назначение превентивных мероприятий с целью предупреждения развития ГПС должно осуществляться уже на стадии формирования отечно-асцитического синдрома.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ ГОМЕОПАТІЇ У СТОМАТОЛОГІЇ

К.В. Садогурська, Н.І. Куцяк

Буковинський державний медичний університет

У нашій країні все частіше надається перевага природним лікарським засобам, до яких належать і гомеопатичні препарати, сировиною для яких є речовини рослинного, тваринного та мінерального походження. Гомеопатичний метод відрізняється від традиційного тим, що для лікування захворювання застосовують малі дози речовин, які у великих кількостях викликають у здорової людини явища, подібні до клінічної картини у пацієнта. Після багатьох років забуття гомеопатія в Україні отримала державне визнання у відповідності із Законом «Про лікарські засоби». Гомеопатичні препарати призначають за принципом подобі. Залежно від певних факторів (кваліфікації лікаря стоматолога, можливостей пацієнта, наявності препаратів в аптечній мережі, тощо). У гомеопатії використовуються наступні методи призначення гомеопатичних лікарських засобів: за нозологічної подобою, за патоморфологічною подобою (гомотоксикологія), за клінічною подобою (синдромальний, конституціональний підходи). Потенція гомеопатичного препарату залежить від ступеню подібності сукупності симптомів хворого до патогенезу препарату і від гостроти захворювання. Чим вища подібність тим вища потенція препарату. При гострих хворобах призначають низькі потенції (D12-CH12), а при хронічних - високі (CH30-10000, LM6-12). Частота прийому препарату: в гострих випадках приймають кожні 15 хвилин або кожні 2 години. В хронічних - 1 раз на тиждень, а інколи раз на 3 місяці. На фармацевтичному ринку мають місце моно- та комплексні гомеопатичні препарати, які застосовуються в стоматології. Це переважно препарати фірми Heel, ТОВ Національний гомеопатичний союз, ТОВ «Арніка». Їх призначення використовується для лікування певних нозологічних станів: патологічна дентація, карієс зубів, пародонтит, запалення слинних залоз, стоматити.

Сьогодні в Україні розробляються оптимальні шляхи організації сучасної гомеопатичної служби, переосмислюється місце гомеопатії у системі охорони здоров'я. Успішний розвиток сучасної гомеопатичної фармації можливий за умови побудови цілісної системи, ефективність якої спрямована на забезпечен-

ня населення гомеопатичними засобами у будь якій медичній сфері.

ПРОФИЛАКТИКА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ

А.О. Степовенко

*ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії
ім.В.Т.Зайцева НАМН України»*

Цель. Разработать современные технологии местного хирургического лечения пострадавших от ожогов.

Нами изучены причины неблагоприятных исходов лечения термической травмы у больных пожилого и старческого возраста, определены критерии диагностики генерализации инфекционного процесса, его тяжести на основании лабораторных исследований и предложены усовершенствования в методике раннего хирургического лечения, обеспечивающего действенную профилактику полиорганной недостаточности.

Материал и методы. Проведено 52 сравнительных клинко-лабораторных исследований эффективности применения разных методов хирургической коррекции при ожоговой болезни у 26 пациентов различных возрастных групп.

На основании проведенных исследований, установлено, что раннее хирургическое лечение является наиболее эффективным при лечении пациентов различных возрастных групп, как в плане профилактики полиорганной недостаточности, так и по итоговым результатам, поступивших в стационар в первые сутки после травмы и не имеющих в анамнезе отягощающих факторов в виде сопутствующих соматических хронических заболеваний. В то же время, ранняя хирургическая активность у больных пожилого и старческого возраста, имеющих в анамнезе различные сопутствующие хронические заболевания не всегда являлась методом выбора в принятии решения тактики лечения, что было причиной развития полиорганной недостаточности и различных инфекционных осложнений.

Заключение. Основой местного хирургического лечения ожоговых ран являются последовательность и масштабность оперативного лечения, выбор которого определяет возможность создания оптимальных условий для выздоровления в зависимости от площади ран, сроков поступления в стационар, возраста и наличия местных и общих инфекционных осложнений.

ВЛИЯНИЕ АДИПОНЕКТИНА И ВИСФАТИНА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Т.Е. Стороженко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в сочетании с ожирением увеличивают риск развития кардиоваскулярных осложнений, сахарного диабета 2 типа (СД 2) и смертности.

Цель исследования. На основании выявленных лабораторных изменений

изучить динамику висфатина и адипонектина у больных, страдающих ХСН.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 117 пациентов, из них 58,12 % – женщины, 41,88 % – мужчины, средний возраст составил 67 (57–75) лет. В 1-ю группу вошли 35 больных ХСН с сопутствующим СД 2 и артериальной гипертензией (АГ), во 2-ю – 41 больной ХСН и АГ. В контрольную группу было включено 41 человек, у которых не диагностировали ХСН, АГ, СД 2. Диагноз устанавливался на основании жалоб пациентов, анамнестических данных, объективного обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования. Полученные результаты представлены в виде медианы и интерквартильных размахов.

Результаты и их обсуждения. Анализ висфатина показал, что его уровень у пациентов 1-й группы достоверно увеличивался – 80,8 (69,3–84,5) нг/мл, в сравнении с больными 2-й группы – 70,8 (59,1–79,0) нг/мл, и контрольной – 55,9 (44,6–74,7) нг/мл при $p < 0,05$. Адипонектин имел положительные корреляционные связи ($n=117$) с общим холестерином (ХС) ($r=0,27$, $p < 0,05$) и холестерином липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП) ($r=0,40$, $p < 0,05$), отрицательную – с триглицеридами ($r=-0,24$, $p < 0,05$). При изучении показателей пациентов с различными функциональными классами (ФК) ХСН наблюдалось достоверное увеличение уровня висфатина: ХСН IIФК – 67 (61,4–83,6); ХСН IIIФК – 73,1 (65,1–80,8); ХСН IVФК – 74,7(56,9–79,0), в сравнении с контрольной группой соответственно 55,9(44,6–74,7) нг/мл при $p < 0,05$. Отмечалось достоверное повышение висфатина у больных АГ от стадии заболевания: в группе АГ IIст. – 69,3 (59,1–80,8), в группе АГ IIIст. – 79,0(72,3–84,5), контрольная группа – 55,9 (44,6–74,7) ($p < 0,05$).

Выводы. Содержание адипонектина в плазме отрицательно коррелирует с триглицеридами и положительно с ХС, ХСЛПВП, что указывает на более благоприятный липидный профиль при гиперадипонектинемии. На основании полученных данных можно утверждать, что гипервисфатинемия повышает риск нежелательных сердечно-сосудистых событий и развития СД2.

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКЕ МАТКИ МЕТОДИКАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В.С. Сухин, В.А. Феськов, Е.В. Блажко, Е.В. Сомова

Центр репродукции человека «Клиника проф. Феськова»

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

Современное лечение рака шейки матки приводит к бесплодию в результате удаления яичников, матки, лучевой и химиотерапии. Определённой категории пациенток сегодня доступны процедуры сохранения генетического материала для дальнейшего рождения ребёнка: криоконсервация эмбрионов, криоконсервация ооцитов, криоконсервация ткани яичника.

Главное условие – возраст до 35 лет, благоприятный прогноз, мультидисциплинарный подход к проблеме. В 90 % случаев РШМ гистологически являет-

ся плоскоклеточним, т. е. гормон-независимий. Для таких пациенток перед началом лучевой терапії, хіміотерапії, хірургічного лікування проводиться контрольована овариальна стимуляція (КОС) препаратами рекомбінантного фолликулостимулюючого гормону (р-ФСГ) в течение 8-11 днів, затем введення триггера овуляції (ХГЧ/а-ГнРГ) і через 34-36 годин виконується трансвагінальна пункція фолликулів для отримання ооцитів.

При аденокарциномі, коли є потенціальний ризик впливу естрадіола, протокол контрольованої овариальної стимуляції включається в утримання рівня естрадіола, в відповідь на р-ФСГ, препаратами групи інгібіторів ароматази (летрозол), нижче ніж в період овуляції в естественному циклі.

Важко підкреслити, що «безпечною» дозою облучення для ооцитів 1 порядку (знаходячись в примордіальних і первичних фолликулах) є 0,2-0,3 Гр, т.е. навіть після першого облучення області таза, незважаючи на точність апаратури, яєчники жінки для репродукції вже не придатні.

Оптимальним і єдиним вибором для винашивания вагітності при раку шийки матки є суррогатне материнство.

Таким чином, сучасні протоколи КОС при злоякісних новообразованиях, доступність вибору в методиках отримання ооцитів є безпечною опцією збереження детородної функції для жінок, страждаючих раком шийки матки, що дозволяє стати матір'ю генетично свого дитини.

МІТОТИЧНА АКТИВНІСТЬ В КУЛЬТУРАХ ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІД ЧАС ГАММА-ТЕРАПІЇ ⁶⁰CO НА АПАРАТІ РОКУС-АМ

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

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

З методологічних причин рівень радіаційно-індукованих хромосомних аберацій рекомендують вивчати у перших мітозах, але при проведенні FPG-забарвлення деяка частина клітин може пошкоджуватись, що призводить до подальшого зменшення кількості клітин, придатних до дослідження. Таким чином метою дослідження було оцінити мітотичну активність лімфоцитів при різних термінах культивування клітин в умовах фракціонованого терапевтичного опромінення.

Матеріали та методи. Обстежено 21 хворого віком 54 – 77 років: з недрібноклітинним раком легень – 7 чоловік, пухлинами голови та шиї – 5 осіб, раком тіла матки – 9 пацієнток, яким було проведено променевою терапією (ПТ) на апараті Рокус-АМ. Оцінку змін мітотичної активності у культурах лімфоцитів периферичної крові пацієнтів до, в середині та наприкінці курсу ПТ проводили диференційно для кожного терміну фіксації культури (50 – 52 год та 54 – 55 год) та визначали відсоток клітин певного мітозу серед усіх проаналізованих клітин в культурі даної тривалості.

За допомогою FPG- забарвлення було визначено кількість перших (M1) та суму других та подальших (M2+) мітозів. Ці показники було досліджено для кожного терміну фіксації культур (50 – 52 год та 54 – 55 год) та в залежності від етапу променевого лікування в усіх досліджених групах, сформованих згідно з локалізацією пухлин. Усього було проаналізовано 13398 клітин, придатних для аналізу реплікативного індексу.

Результати дослідження. Аналіз залежності виходу першого та послідовних мітозів від етапу ПТ в об'єднаних вибірках клітин у 50-52-годинних культурах лімфоцитів показав, що рівень M1 на усіх етапах ПТ сягав більше 80 % та не зменшувався від початку лікування. Від локалізації пухлин частоти M1 та M2+ також не залежали. У 54-55-годинних культурах рівень M2+ був дещо вищим, ніж у 50-52-годинних культурах, але не настільки, щоб робити цей термін культивування клітин проблематичним для аналізу аберацій у перших мітозах.

Висновки. Отримані результати показали доцільність використання, з метою підвищення виходу метафаз, обох термінів культивування клітин. Результати мають велике значення для подальшої оцінки інформативності FPG- та Giemsa-забарвлення клітин для цитогенетичного аналізу в умовах фракціонованого терапевтичного опромінення.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПОТИРЕОЗОМ

С.М. Тельнова

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы. Изучить состояние липидного обмена у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и гипотиреозом.

Материалы и методы. Обследованы 28 больных НАЖБП с сопутствующими АГ и гипотиреозом (12 мужчин и 16 женщин). Возраст пациентов – от 40 до 77 лет, средний возраст $57,7 \pm 9,7$ лет. Группу контроля составили 17 практически здоровых лиц. Для диагностики неалкогольного стеатоза использовали ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Функцию щитовидной железы (ЩЖ) оценивали с помощью количественного определения свободных гормонов ЩЖ – Т3 и Т4, а также тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. У обследованных больных выявлен субклинический гипотиреоз (СГ), критериями которого были нормальные показатели гормонов ЩЖ – свободных Т3 и Т4, повышение ТТГ свыше 4,0 мкМЕ/мл.

Результаты исследования. У всех обследованных больных выявлены изменения показателей обмена липидов. У больных НАЖБП с сопутствующими АГ и СГ регистрировалось достоверное повышение концентрации общего холестерина (ОХС) в сравнении с контрольной группой ($5,7 \pm 0,3$ ммоль/л, $P > 0,05$). Анализируя показатели липидного спектра, отмечалось возрастание содержания

атерогенних субстанцій ХС: рівень як ХС ліпопротеїнов низкої щільності (ХС ЛПНП- $3,73 \pm 0,21$ ммоль/л, $P > 0,05$) так і рівень ХС ліпопротеїнов дуже низкої щільності (ХС ЛПОНП- $0,81 \pm 0,08$ ммоль/л,) достовірно перевищував показателі групи контролю. Показателі тригліцеридів (ТГ) крові ($1,79 \pm 0,176$ ммоль/л, $P > 0,05$) також достовірно були вище даних контрольної групи.

Висновки. У хворих НАЖБП в поєднанні з АГ і гіпотиреозом реєструвалось достовірне підвищення показателів ОХС, ТГ, ХС ЛПНП і ХС ЛПОНП, що являється ризиком розвитку ранніх серцево-судинних ускладнень у таких хворих.

ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ВІД ОЖИРІННЯ

О.С. Табаченко

Харківський національний медичний університет

Обтяжуючим фактором артеріальної гіпертензії (АГ) є ожиріння. Взаємозв'язок ожиріння з АГ був доведений у Фремінгемському дослідженні, що охоплювало 1 млн. чоловік, згідно з яким розвиток АГ у осіб з надлишковою вагою тіла на 50% вищий, ніж у загальній популяції.

Мета дослідження: проаналізувати вплив обестатину на масу тіла хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу, а також оцінити характер зв'язків між антропометричними параметрами і обестатином у даній когорти хворих залежно від наявності або відсутності ожиріння.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідженні було обстежено 105 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). До основної групи увійшли 75 пацієнтів з поєднанням АГ та цукрового діабету (ЦД) 2 типу (середній вік $60,03 \pm 1,17$). Групу порівняння складала 30 хворих на АГ без ЦД 2 типу (середній вік $57,1 \pm 2,23$, $p < 0,05$). У якості контрольної групи було залучено 30 практично здорових осіб. Пацієнти основної групи були розподілені за наявності або відсутності ожиріння (ОЖ) згідно індексу маси тіла (ІМТ).

Результати досліджень та їх обговорення. Коморбідність артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу асоціюється з високою активністю обестатину, порівняно з групою пацієнтів з артеріальною гіпертензією без цукрового діабету 2 типу та з контрольною групою, що свідчить на користь компенсаторної реакції на даному етапі. Приєднання ожиріння до артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу супроводжується дезадаптивним зниженням обестатину, порівняно з хворими без ожиріння, що може розглядатись фактором розвитку і прогресування ожиріння з урахуванням анорексичних властивостей обестатина.

Висновки. У хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу спостерігається зростання рівня обестатину, що з урахуванням його анорексичних властивостей, свідчить на користь існування компенсації у даній когорти хворих. Що стосується наявності ожиріння у поєднанні з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу, зниження даного фактора у сироватці

крові може розглядатись як дезадаптивна реакція, що може сприяти розвитку, підтримці та прогресуванню ожиріння.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПАТОЛОГІЇ З БОКУ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, Ю.М. Верховод, М.М. Сем'янів, М.О. Данилюк
Буковинський державний медичний університет

Найефективнішим протитуберкульозним заходом є лікування, оскільки воно не тільки позбавляє хворих від недуги, але й зменшує кількість джерел інфекції, завдяки чому переривається епідемічний ланцюг, що призводить до поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу.

Мета роботи: визначення ролі корекції порушень з боку органів системи травлення у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Матеріали та методи. Опрацьована новітня література щодо вивчення сучасних підходів до корекції порушень при коморбідності туберкульозу та патології органів травлення.

Отримані результати. Повноцінне лікування хворих на туберкульоз поряд з протитуберкульозними препаратами повинно включати комплекс патогенетичних засобів, спрямованих на відновлення фізіологічної рівноваги організму і його біологічних механізмів.

Важливою патогенетичною ланкою в механізмах розвитку туберкульозу є енергетичне забезпечення організму. Туберкульоз – це хвороба, яка пов'язана з недостатнім харчуванням й приводить до енергетичного та фізичного виснаження хворої людини. Отже, у хворого на туберкульоз суттєво порушується обмін речовин, без корекції якого навіть найінтенсивніша хіміотерапія не буде ефективною. Тому раціон і режим харчування хворого на туберкульоз повинні забезпечити його органи і тканини пластичними і енергетичними матеріалами, які б могли відновити їх функціональну здатність.

Висновок. За даними огляду літератури, застосування поряд із протитуберкульозними препаратами патогенетичної терапії у хворих на туберкульоз легень дозволяє зменшити частоту побічної дії препаратів на 25 %, скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі, підвищити ефективність лікування за критерієм загоєння порожнин розпаду на 14 %, не впливаючи при цьому на частоту припинення бактеріовиділення, зменшити частоту хронізації вперше діагностованого туберкульозу на 7 %.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.В. Тумка¹, С.А. Чернова¹, В.Н. Плиговка², Ю.М. Шапошникова¹

¹ Харьковский национальный медицинский университет,

² ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малої НАМН України»,
Харьков

Цель работы: изучение особенностей липидного спектра крови и уровня высокочувствительного С-реактивного белка при наличии субклинического гипотиреоза у пациентов с гипертонической болезнью и ожирением.

Материалы и методы: в исследование было включено 46 больных с субклиническим гипотиреозом, ожирением I-II степени и гипертонической болезнью I-II стадии, средний возраст которых составил $54,2 \pm 0,9$ года, группу контроля составили 20 эутиреодных пациента, сопоставимые по степени ГБ и ожирения. Всем пациентам, включенным в исследование, проводили исследование гормонов щитовидной железы: трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ), липидный спектр крови, уровень высокочувствительного СРБ – иммуноферментным методом. Критерием субклинического гипотиреоза служило изолированное повышение ТТГ более 4 мМЕ/л на фоне нормальных значений Т3 и Т4.

Результаты их обсуждения: При первичной оценке параметров липидного спектра крови различные варианты его нарушения были выявлены у 43 (93,5%) пациентов с субклиническим гипотиреозом. При СГ IIa тип дислипидемии встречался чаще (в 60,9% – 28 больных), а IIb тип, сопровождающийся повышением всех атерогенных фракций липидного спектра, выявлен в 23,9% случаев (11 пациентов), в то время как при эутиреоидном состоянии этот тип имели только 10% пациентов. При детальном исследовании концентрации различных классов липопротеидов в зависимости от начального уровня ТТГ было установлено, что пациенты с СГ и уровнем ТТГ более 6,8 мМЕ/л имеют достоверно более высокий уровень ХС на 31,2% ($p < 0,05$), ЛПНП на 18,7% ($p < 0,05$), ТГ на 15,8% ($p < 0,05$) и коэффициента атерогенности на 58,2% ($p < 0,05$). Установлена прямая корреляционная зависимость между высоким уровнем ТТГ и повышением уровня СРБ (соответственно $r = 0,72$, $p < 0,05$), ТТГ и ОХС (соответственно $r = 0,48$, $p < 0,05$), ТТГ и сниженным уровнем ХС ЛПВП (соответственно $r = - 0,44$, $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с СГ имеют более выраженные атерогенные изменения липидного спектра крови на фоне повышения СРБ.

Выводы: Сердечно-сосудистая система богата рецепторами тиреоидных гормонов и является одним из основных объектов их действия. Дислипидемия, наблюдающаяся при СГ, характеризуется повышением в сыворотке уровня ЛПО-НП и ЛПНП, что обусловлено дефицитом тиреоидных гормонов, который приводит к снижению содержания рецепторов ЛПНП в печени и, вследствие этого, к уменьшению печеночной экскреции холестерина и, далее, к повышению уровня ЛПНП и ЛПО-НП, богатых апо-В-липопротеинами.

THE CLINICAL CASE OF NON-HODGKIN LUNG LYMPHOMA

T.Yu. Uhlyar

I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University

Introduction. The etiology of non-Hodgkin lymphomas is still unclear. This fact contributes to the heterogeneity of their location and histological structure. In particular, extranodal localization of this disease is present at almost half of all verified clinical cases and lung lymphoma amounts less than 0,5% of all forms. Naturally, with such an epidemiological structure, its diagnosis at the clinical level is extremely difficult.

Material and methods. 48 years old patient was been hospitalized and later was under ambulatory monitoring in Ternopil Regional Clinical Dispensary from December 2014. He considers the disease appeared since April 2014, when routine X-ray examination had revealed the presence of multiple focal shadows in both lungs. The patient was diagnosed with pulmonary tuberculosis. In September 2014 at computer tomography (CT) examination lung cancer of upper lobe of the left lung was diagnosed and no changes in intrathoracic lymph nodes were found. On 09/30/2014 left-side upper lobectomy was performed. Histological diagnosis was verified by two groups of pathomorphologists at Cherkassy (Ukraine) and Milan (Italy). Histological and immunohistochemical phenotype of the tumor was as follows - tumor of the lung in structure and immune phenotype of tumor cells corresponds to extranodal lymphoma of the marginal zone cells of lymphoid tissue, associated with mucosal MALT- lymphoma. The patient received 4 courses of chemotherapy by R-CHOP protocol. The control CT revealed a partial response to the treatment.

Discussion. Primary non-Hodgkin lymphoma with pulmonary localization is extremely rare disease and usually is a B-cell MALT-lymphoma. The information about the etiologic and pathogenetic aspects of its occurrence and progression is therefore not complete. Radiographic manifestations of this disease are heterogeneous and can be both locally infiltrative and focal with the variable pulmonary localization. The disease recurs in about half the cases, and 5-year survival rate exceeds 75%. Several researches of this disease and this specific clinical case confirm benefic prognosis at adequate therapy.

In future, non-Hodgkin lung lymphoma studies will be forwarded to the accumulation of clinical experience to produce precise diagnostic algorithm and formal schemes of chemotherapy.

ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІЗ СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

М.М. Удовиченко, Г.В. Болотських

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

Мета дослідження: оцінити показники рівня тривоги у хворих ХСН із зниженою систолічною функцією лівого шлуночка.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 11 хворих з ХСН на фоні перенесеного інфаркту міокарду із зниженою сістолічною функцією лівого шлуночка, які знаходилися на лікуванні у клініці ДУ «Національний Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» у віці від 38 до 86 років. Оцінка депресивних станів визначалась за допомогою шкали Цунга, госпітальної шкали депресії, шкали депресії Бека. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету програмного забезпечення для статистичного аналізу: STATISTICA, версія 6 для MS Windows MS. Описові характеристики були представлені у вигляді середньої величини \pm стандартної похибки середньої величини ($M \pm m$) при нормальному розподілі.

Отримані результати: При оцінці наявності депресії за допомогою методики Цунга середній бал склав ($45,9 \pm 2,3$). У 72,7 % пацієнтів симптомів депресії не було, у 18,2 % – спостерігалася легка депресія. При оцінці стану пацієнтів з використанням опитувача Бека по когнітивно-афективній субшкалі, наявність ознак депресії не була відмічена тільки у 9,0 % хворих, у 36,4 % була зареєстрована легка депресія, у 27,3 % - був діагностований середній і високий рівні депресії, дорівнюючи в середньому ($12,3 \pm 2,7$) балів. Результати оцінки по субшкалі соматичних проявів депресії показали також, що у 36,4 % хворих відзначалися ознаки наявності легкого і середнього рівня депресії, в той же час як високий рівень був діагностований у 18,2 %, середній бал при цьому склав ($9,6 \pm 1,5$). При використанні госпітальної шкали депресії, наявність субклінічно вираженої тривоги і депресії була відмічена у 72,7 % та 18,2 %, клінічно вираженої у 9,0 % та 27,3 % хворих, відповідно. Тільки 18,2 % пацієнтів не відчували тривоги.

Висновки:Таким чином, було показано, що у пацієнтів ХСН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка визначались високий рівень тривоги і різні ступені прояву депресивних станів, серед яких переважали легкий та середній рівень депресії.

ДОППЛЕР-УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА СЕМІОТИКА ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ

Ю. Я. Федуленкова

Харківський національний медичний університет

Хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) зумовлюють чималу клініко-епідеміологічну та соціально-економічну проблему сучасності. Успішність у лікуванні ХДЗП великою мірою залежить від їх діагностики, яка має бути своєчасною і якісною, точною і якнайбільш ранньою, техніко-економічно доступною і, бажано, неінвазивною. У реаліях сучасної медицини за цими критеріями безумовним лідером *de facto* є променева діагностика, широкий арсенал засобів якої тривалий час конкурує з патоморфологічним дослідженням біоптату печінки. Не відкидаючи провідної нині ролі прижиттєвої біопсії у діагностиці ХДЗП, у відповідь на запит сучасності медична наукова спільнота світу не припиняє пошук гідної їй альтернативи, і найбільш загально визнаним і перспективним напрямком є удосконалення засобів променевої діагностики, зокрема

ультразвукового дослідження (УЗД).

Мета і завдання: вивчення та оцінка можливостей УЗД у скринінгу та диференційній діагностиці ХДЗП.

Матеріали і методи: В умовах клініки ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМНУ» обстежено 203 пацієнта (переважно жінок — 189 осіб, 93,1 %) з ХДЗП: 48 осіб з хронічним вірусним гепатитом (ХВГ) В, 64 пацієнти з ХВГ С, 24 хворих на ХВГ В і С, 67 — на цироз печінки (ЦП). Вік обстежених осіб коливався в межах 33–95 років; медіана, нижній і верхній квартилі склали 61,8 (55,3; 68,9) років відповідно. Контрольна група — 50 практично здорових осіб. Усі УЗД органів черевної порожнини з акцентом на показники печінки та селезінки здійснено на ультразвукографічній системі Xario SSA 660 (Toshiba, Японія) мультислотним датчиком за стандартними зрізами з використанням кольорового, енергетичного та імпульсного доплера. Враховували положення, розміри, контури, ехоструктуру, ехогенність, взаємовідношення внутрішніх структур, розташування магістральних судин, стан регіонарних лімфовузлів, швидкісні та об'ємні показники кровоплину тощо. Застосовували непараметричні методи статаналізу.

Результати: резистивний (ІРПА) і пульсативний (ІППА) індекси печінкової артерії за ЦП вищі, ніж за ХВГ й у контролі, а судинний індекс (СІ), швидкість кровоплину у воротній вені (ШВВ) та модифікований печінковий індекс (МПІ) — навпаки, нижчі.

Заключення: При ХДЗП зміни печінкової гемодинаміки в залежності від вираженості запалення, оцінені за допомогою доплер-УЗД, є чутливими прогностично значимими параметрами. Найінформативнішим показником визначення активності запально-фібропластичного процесу в печінці є резистивний і пульсативний індекси печінкової артерії; щодо диференціації гепатиту й цирозу — судинний індекс, швидкість кровоплину у воротній вені та модифікований печінковий індекс. Перспективою подальших досліджень є оцінка можливостей поєднання УЗД та мультізрізової комп'ютерної томографії у скринінгу й дифіагностиці ХДЗП.

ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Д.А.Фельдман, Т.О.Попова, И.В. Червань

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: оценить показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у лиц молодого возраста с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 42 пациента (из них 29 мужчин) с впервые выявленной АГ, средний возраст – 31,3±1,8 лет. Контрольная группа – 12 практически здоровых лиц. Проанализированы результаты СМАД: среднее систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) в дневной (САДд и ДАДд) и ноч-

ной (САДн и ДАДн) периоды; нагрузка САД и ДАД за сутки (НСАДсут и НДАДсут), за день (НСАДд и НДАДд) и ночь (НСАДн и НДАДн); вариабельность САД и ДАД за день и ночь; степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД; тип суточного профиля АД (СПАД).

Результаты. В зависимости от исходного уровня АД выделено 4 группы: 1 – с нормальным АД (9 пациентов), 2 – с высоким нормальным АД (12 пациентов), 3 – с АГ 1 степени (10 пациентов) и 4 – с АГ 2 степени (11 пациентов). У лиц с впервые выявленной АГ отмечено изменение показателей СМАД в сравнении с контролем: в 1-4 группах - повышение САДд ($p < 0,05-0,001$); ДАДд в 1 группе ($p < 0,05$), во 2-4 группах ($p < 0,05-0,001$); САДн в 1 группе ($p < 0,05-0,1$), во 2-4 группах ($p < 0,01$); ДАДн в 3-4 группах ($p < 0,05-0,001$). С повышением АД происходило увеличение НСАД и НДАД за все периоды – за сутки, день и ночь ($p < 0,05$), кроме НДАДн в 1-2 группах. Вариабельность АД в дневной и ночной периоды не отличалась от нормальных значений. В 1-2 группах преобладали пациенты с циркадным типом «dipper» (соответственно: 78% и 58%); в 3-4 группах - с типом «non-dipper» (соответственно: 50% и 54%). Тип «over-dipper» - предиктор сердечно-сосудистых (СС) осложнений - в 1 группе не встречался, во 2-4 группах отмечался соответственно: у 1(17%), 2(30%), 4(45%) пациентов.

Выводы. Пациентам молодого возраста с впервые выявленной АГ показано проведение СМАД для оценки степени повышения АД, определения циркадного ритма изменения АД с выявлением группы СС риска, своевременной коррекции АГ для профилактики СС осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРА ПРОЛИФЕРАЦИИ KI-67 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЦИДИВА ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

*Е.В. Харченко^{1,2}, Е.П. Манжура^{1,2}, Г.А. Вакуленко², Р.И. Верещако²,
В.Е. Мицкевич¹, В.Г. Корниенко¹, А.В. Поступаленко²*

¹Киевский городской клинический онкологический центр,

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

Лечение пограничных опухолей яичников на сегодняшний день является одной из актуальных проблем онкогинекологии. В структуре заболеваемости этой патологией высокий удельный вес составляют женщины репродуктивного возраста. В связи с этим, перспективным является выполнение органосохраняющих хирургических вмешательств у данной группы больных, что в свою очередь диктует необходимость оценки риска развития рецидива опухолевого процесса. По данным литературы, возраст, размер опухоли, стадия FIGO являются наиболее значимыми прогностическими факторами для пограничных опухолей яичников. Таким образом, разработка дополнительных методов диагностики с использованием маркеров, позволяющих определить индивидуальные факторы прогноза является актуальной. В этом отношении перспективным является изучение пролиферативной активности этих опухолей. Наиболее часто для изучения пролиферативной активности опухоли исследуют белок Ki-67 – ядерный протеин, маркер пролиферативной активности, определяющийся

во всех фазах клеточного цикла кроме G0.

Целью данной работы явилось изучение уровня индекса Ki-67 в прогнозировании рецидива пограничных опухолей яичников.

Материалы и методы. Исследование проводилось на операционном материале пациенток, пролеченных или консультированных в Киевском городском онкоцентре за период с 2002 по 2010 гг. Были исследованы образцы опухолей 20 женщин в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст $43,7 \pm 1,8$ года). Пациентки были разделены на две группы: 1 группа – больные с отсутствием рецидивов ПОЯ (12 больных); 2 группа – больные с наличием рецидива ПОЯ (8 больных). Для исследования были использованы коммерческие моноклональные антитела.

Результаты исследования. Отмечается тенденция к увеличению уровня экспрессии Ki-67 более 20% в опухолях 2 группы, и снижению уровня менее 10% в опухолях больных 1 группы. Однако статистически значимых различий достигнуто не было ($p > 0,05$), что, вероятно, связано с малым количеством наблюдений.

Выводы. Прогностическое значение уровня экспрессии Ki 67 требует дальнейшего изучения и может быть актуальным при прогнозировании рецидива пограничных опухолей яичников.

ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ НА ОСНОВЕ РАЗНОТИПНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ

Ю.Е. Харченко

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малої НАМН України», Харьков

В настоящее время особое внимание заслуживает такая патология, как сочетание хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и легочной гипертензии (ЛГ). Для выявления ЛГ необходимо провести комплексное обследование (анамнез, физикальный осмотр, рентгенография грудной клетки, ЭКГ) и оценить давление в легочной артерии с помощью Допплеровской эхо-кардиографии. Для уточнения диагноза, мониторинга динамики заболевания и оценки эффективности терапии регулярно проводятся функциональные тесты (тест 6-минутной ходьбы, тредмил-тест, кардиопульмональный нагрузочный тест). В результате ряда проводимых исследований, получается большое количество информации, которую затруднительно проанализировать в комплексе. Автоматизация анализа подобной информации на компьютере также является непростой задачей, поскольку данные разнотипные и неструктурированные. Для сбора и хранения значений диагностических показателей в настоящее время используют компьютерные базы данных. Точность диагностики и мониторинга состояний больных ХОЗЛ и ЛГ во многом зависит от того, насколько правильно выбрана совокупность диагностических параметров.

Методы. Для частичной автоматизации диагностики и мониторинга разработан метод классификации состояния больного, основанный на общем подходе

де к диагностике легочных заболеваний как к классификации сложных объектов. Предложена структура данных, полностью соответствующая выбранному методу обработки данных. По мере выявления диагностическая информация проходит проверку и вносится в базу данных. Таким образом, мы получаем уже структурированные данные, имеющие одинаковый формат, удобный для компьютерной обработки.

Результаты. Разработан метод, позволяющий на основе сформированной базы данных диагностических показателей больных с подтвержденными диагнозами ХОЗЛ без ЛГ, ХОЗЛ с ЛГ 1-й степени, ХОЗЛ с ЛГ 2-й степени, ХОЗЛ с ЛГ 3-й степени, производить оценку состояния исследуемых пациентов. Мониторинг пациента предложенным методом в ходе лечения дает возможность в кратчайшие сроки определить динамику изменения состояния пациента и своевременно скорректировать терапию. Правильно подобранное лечение обеспечивает лучший прогноз течения заболевания и снижает риск осложнений, связанных с развитием легочной гипертензии.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПЯТИМЕСЯЧНЫХ КРЫС В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЧАСТОТОЙ 800-950 МГЦ

*М.С. Хомич, Н.Ю. Ганьшин, О.В. Николаева, И.А. Сулхдот
Харьковский национальный медицинский университет*

Актуальность: В настоящее время воздействие электромагнитного излучения (ЭМИ) на биологические среды неуклонно возрастает, что, в свою очередь, оказывает определенное влияние на эндокринную систему живых организмов, в частности, на щитовидную железу, которое, возможно, может привести к её функциональным нарушениям.

Цель: Учитывая вышесказанное целью нашего исследования работы явилось изучение воздействия ЭМИ частотой 800-950 МГц на состояние уровня концентрации супероксиддисмутазы (СОД) в ткани щитовидной железы.

Материалы и методы: Для проведения данной экспериментальной работы было взято 12 пятимесечных крыс, которые были разделены на 2 группы по 6 крыс, соответственно, основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). Концентрация СОД в гомогенате щитовидной железы была определена спектрофотометрическим методом.

Материалы и методы: Полученные данные указали на повышение активности СОД у 2 гр. ($20,56 \pm 1,1$) относительно 1 гр. ($11,53 \pm 1,4$) на 78% ($p < 0,001$). Повышение концентрации СОД в ткани щитовидной железы может указывать на вероятное увеличение образования супероксид анион кислорода, который вступает в реакцию с эндогенной водой, образованной в дыхательной цепи митохондрий, с её последующей трансформацией в перекись водорода, которая, в свою очередь, может вступать в реакции окисления липидов.

Вывод: Таким образом, результаты исследования показали наличие патологического воздействия ЭМИ частотой 800-950 МГц на щитовидную железу

подопытных животных, которое характеризуется повышением концентрации в ткани исследуемого органа одного из основных антиоксидантных ферментов – СОД. Данные изменения указывают на активацию адаптационных процессов в клетках в ответ на повышение образования активных форм кислорода в результате воздействия ЭМИ.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА НА КОЛЛАПАНОВОЙ МАТРИЦЕ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

И. В. Цыганова, В.Ф. Куцевляк, В. И. Куцевляк, Е. А. Омельченко*,
А. С. Забирник*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Лаборатория «Вирола»**

Проблема регенерации костной ткани является одной из древнейших в медико-биологической науке. Одним из перспективных и новых направлений коррекции процесса регенерации является трансплантация аутологичных стволовых клеток.

Цель исследования: Изучить в эксперименте регенеративные способности костной ткани в зависимости от количества введенных аутологичных стволовых клеток костного мозга.

Материалы и методы: Аутологичные стволовые клетки костного мозга получали из бедренной кости экспериментальных животных. Изучение процесса заживления костных дефектов размером 3х3мм проведено на 16 кроликах породы Шиншилла. 12 животных составили основную группу, 4 – контрольную. Все манипуляции на животных производили под тиопенталовым наркозом. Стволовые клетки костного мозга в сочетании с коллапаном вводили в зону дырчатого дефекта нижней челюсти кроликов основной группы в количестве 100 тысяч, 500 тысяч, 1 миллиона. Забой животных производили на 42 и 90 сутки. Выделяли фрагменты челюстей с зоной регенерата, фиксировали в формалине и заключали в парафиновые блоки. Гистологические препараты готовили из фрагментов нижних челюстей и окрашивали гематоксилин – эозином и по Ван-Гизон.

В результате проведенного исследования установлено, что направленная регенерация костных дефектов нижней челюсти экспериментальных животных с введением 500 тысяч стволовых клеток, полученных из костного мозга, протекает наиболее благоприятно, без очагового некроза и зон секвестрирования, по сравнению с введением 100 тысяч и 1 миллиона тех же стволовых клеток. Следовательно, для восстановления дефектов костной ткани целесообразно использовать не более 500 тысяч стволовых клеток, полученных из костного мозга.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЄРСИНІОЗУ

Т.І.Черкасова

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Єрсиніоз – поширене захворювання, яке має питому вагу в інфекційній патології людини. Захворюваність на єрсиніоз в Донецькій області протягом останніх десяти років коливається від 0,21 до 0,40 на 100000 населення. Очевидно, дійсний показник захворюваності на єрсиніоз значно вище від зареєстрованого, тому що гастроінтестинальні форми з урахуванням спорадичної захворюваності діагностуються як гострі кишкові інфекції невідомої етіології. Метою дослідження було вивчення епідеміологічної характеристики єрсиніозу в Донецькій області. Під спостереженням знаходилися 56 хворих на спорадичний єрсиніоз, у яких діагноз було підтверджено у 10,7 % копрокультурою, у 35,7 % – РНГА, у 26,8 % визначенням IgA у реакції Вестернблот, у 3 (5,4 %) хворих – ПЛР. Серед захворілих переважали молоді люди і особи середнього віку (85,7 %), домінували робітники промислових підприємств (32,1 %), гірники (19,6 %), службовці й студенти (30,3 %) і лише 10,7 % були непрацюючими. Тільки 8,9 % захворілих були мешканцями сільської місцевості, але 67,9 % мали дачні ділянки, а 21,4 % – вирощували свиней. З урахуванням епідеміологічного анамнезу, можна припустити, що основним фактором інфікування були овочі тривалого зберігання (41,1 %), в 12,5 % – м'ясо, 14,3 % – молочні продукти. 3,6 % захворілих брали участь у догляді за свиньми у власному господарстві, а 10,7 % – вказували на наявність гризунів у житлових або підсобних приміщеннях. Єрсиніоз виявлявся протягом усього року з деяким підвищенням захворюваності у квітні-травні і жовтні-листопаді. Поряд з описаною ситуацією слід зазначити імовірність виникнення водних спалахів єрсиніозу, про що свідчать знахідки єрсинії у відкритих водоймищах і навіть у системі центрального водопостачання. В 2002 р. спостерігався такий спалах у м. Комсомольське Донецької області (15000 населення). Усього занедужало 32 особи. Компактного проживання й спілкування захворілих за місцем роботи не виявлено. Обставини, що сприяли виникненню водного свалаху єрсиніозу, можна охарактеризувати так: подача води за графіком, аварійний стан водопровідно-каналізаційної мережі, встановлені факти одночасного пориву водогону та течі каналізації, які малі місце в період ймовірного інфікування захворілих, наявність у цей період зливних дощів, лабораторно підтверджена інфікованість гризунів *Y. Enterocolitica* та забруднення навколишнього середовища збудником єрсиніозу. У вогнищі в 95,3 % захворілих відмічено генералізовану форму єрсиніозу, в 5,7 % – гастроінтестинальну. Таким чином, єрсиніоз у Донецькій області реєструється протягом усього року, переважно серед дієспособної частини населення. Основним шляхом інфікування є аліментарний. Описаний водний спалах єрсиніозу підтверджує значення води в поширенні цього захворювання.

THE FREQUENCY OF IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS OF CANCER STEM CELLS CD44+/CD24– IN PATIENTS WITH BREAST CANCER OF BASAL SUBTYPE

S.V. Chekhun*, N.O. Novak**

*R.E. Kavetsky Institute of Experimental Pathology, Oncology and Radiobiology, NAS of Ukraine, Kyiv

**O.O. Bogomoletz National Medical University, Kyiv

Breast cancer (BC) is one of the most widespread of female cancer forms in many countries of the world. BC has a few molecular subtypes (luminal A, luminal B, HER2/neu positive, basal) and various clinical courses, that is the basis for more pronounced study of BC biology.

Aim: To determine the histological type, molecular subtype and frequency of tumors with immunohistochemical markers of cancer stem cells (CSC) CD44+/CD24– in BC.

Object: Surgical material of 132 patients with BC stage I–II (mean age — 50.2 ± 3.1 years) was studied.

Methods: Clinical, morphological, immunohistochemical (expression CD44+/CD24– in tumor cells), statistical.

Results: BC is characterized by heterogeneity of histological type (ductal and lobular), and molecular subtypes, and expression of CSC markers (CD44+/CD24–). Immunohistochemical study of CSC markers expression has detected their expression in 34 (25.4%) patients with BC of different molecular subtypes. The highest frequency of cells with expression of CSC markers was in patients with basal molecular subtype (44.8% patients). Most of patients with cell phenotype CD44+/CD24– had BC stage I (34.3%). Statistical processing of data has shown that Yule colligation coefficient equal to 0.28 ($p > 0.05$) that argues poor correlation between stage of tumor process and number of tumors with positive expression of CSC markers. But was shown the high correlation between presence of cells with expression of CSC markers and BC metastases in regional lymph nodes (Yule colligation coefficient equals 0.943; $p < 0.05$). Difference in overall survival of patients with BC of basal molecular subtype depending from expression in tumor cells of markers of CSC CD44+/CD24– was detected. Survival of patients with BC basal subtype were lower at presence of such cells in tumors ($p < 0.05$). The significant changes in survival of other patients from expression of CSC markers was not determined ($p > 0.05$).

Conclusion: The quantity of tumor cells with CSC markers CD44+/CD24– within of BC basal molecular subtype may be additional criterion for value of such important biological characteristic of BC as metastatic potential, and for predictive evaluation of individual potential of tumor to aggressive clinical course.

СТРАТИФИКАЦИЯ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

О.В. Чирва

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

Цель и задачи исследования: повысить эффективность стратификации группы пациентов с сочетанием нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и функциональных заболеваний органов пищеварения (ФЗОП) путем оценки выявленных наиболее информативных триггерных факторов для лиц организованной студенческой популяции.

Материалы и методы. Обследовано 305 лиц студенческой популяции (125 мужчин (41%) и 180 женщин (59%)), средний возраст $20,8 \pm 0,1$ лет. Студенты самостоятельно заполняли анкеты Вейна для оценки интенсивности вегетативных изменений. Проводился сбор жалоб и анамнеза, общеклиническое и биохимическое исследование крови; электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости с функциональными пробами. Для расчета прогностического критерия использовался метод неоднородной последовательной процедуры Вальда-Генкина.

Результаты. В зависимости от наличия НЦД и ФЗОП все обследованные были разделены на три группы: основная – сочетание НЦД и ФЗОП (31,5%); сравнения – НЦД без ФЗОП (26,9%); контрольная – не выявлено ни НЦД, ни ФЗОП (41,6%). В обследованной популяции выявлены следующие наиболее информативные триггерные факторы развития сочетания НЦД и ФЗОП: женский пол (информативность (I) = 2,26), наличие хронического психоэмоционального стресса (I = 2,26), неконтролируемое употребление нестероидных противовоспалительных препаратов (I = 1,87), пищевые токсикоинфекции в анамнезе (I = 1,49), употребление менее 3 стаканов питьевой воды в день (I = 1,06), высокие баллы по шкале Вейна А.М. (более 25) (I = 0,98), физическая активность менее 4 часов в неделю (I = 0,95), продолжительность ночного сна 6 часов и менее (I = 0,82), несоблюдение режима питания (I = 0,54), прием пищи менее 3 раз в сутки (I = 0,4), пищевая аллергия в анамнезе (I = 0,36). По достижению в результате последовательного алгебраического суммирования значений прогностического критерия пороговой суммы (+13) баллов процедура завершается и с уровнем надежности 95,5% прогнозируется высокий риск реализации сочетания НЦД и ФЗОП. Чувствительность методики – 66 %, специфичность – 90 %.

Выводы. Разработанная бальная оценка наиболее информативных триггерных факторов позволяет при первичном опросе с высокой степенью вероятности выделять группу пациентов с предполагаемой сочетанной функциональной патологией среди лиц молодого возраста.

ДЕНЕРВАЦІЯ НИРКОВОЇ АРТЕРІЇ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

І.В. Чумак

наук. керівник к.мед.н. Н.В. Сокольнікова
Харківський національний медичний університет

Ренальна денервація (РД) – один із найсучасніших методів лікування резистентної артеріальної гіпертензії (РАГ). В основі її методики, що запропонували Н. Levin і М. Gelfand у 2003 р., лежить пошкодження аферентних та еферентних симпатичних ниркових нервів за допомогою катетерної радіочастотної абляції (РЧА). Перше дослідження Symplicity HTN-1 виявило зниження артеріального тиску (АТ) навіть у пацієнтів, які одразу не мали динаміки АТ зі стійким гіпотензивним ефектом. Дані Symplicity HTN-2 показали, що кількість пацієнтів, які досягли цільового АТ або зниження АТ ≥ 10 мм рт. ст., досягла 84%. Інші клінічні дослідження показали, що РД впливає на зниження індексу маси міокарду лівого шлуночка та товщини міжшлуночкової перетинки; збільшення толерантності до фізичного навантаження у хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН); зниження рівнів глікемії та інсуліну у хворих на цукровий діабет (ЦД); зменшення рецидивів фібриляції передсердь (ФП).

Метою став пошук сучасних методів лікування хворих на РАГ.

Матеріали та методи. Проаналізовано 216 історій хвороб хворих на АГ на базі КУОЗ «ОКЛ-ЦЕМД та МК». Серед них з РАГ виявлено 23 пацієнта (10,65 %). Середній вік дорівнював $48,6 \pm 7,5$ років. Тривалість АГ склала $15,3 \pm 4,4$ роки. Хворих з ішемічною хворобою серця було 16 (70,08 %), із ХСН – 11 (48,8 %), з ЦД – 7 (30,66 %), та 2 (8,76 %) з ФП. Терапія складалася з трьох або чотирьох гіпотензивних препаратів (один з яких діуретик) у оптимальних та максимальних дозах.

Результати. Усі 23 хворих пройшли повне медичне обстеження, з них лише 15 (65,7 %) не мали протипоказань до застосування РД (діаметр ниркової артерії (НА) > 4 мм, довжина > 20 мм; не було хірургічних втручань на НА в анамнезі; стенозу НА; СКФ > 45 мл/хв/1,73м², не було судинних подій за 6 міс. до процедури; АГ була есенціальною). Саме їм і було рекомендовано метод РЧА ниркових нервів. В Україні РД виконується в Києві в Інституті кардіології імені академіка Стражеско та Одеському кардіохірургічному центрі, причому в Одесі методика проведення РД вдосконалена 3Д картируванням, що забезпечує більшу ефективність методу та безпеку пацієнтів.

Висновки: Таким чином, РД дозволяє на тлі прийому гіпотензивних препаратів досягти цільового АТ, іноді вдається зменшити кількість або дози препаратів. Ми вважаємо, що метод РД є перспективним для застосування у клінічній практиці та багатообіцяючим для продовження вивчення його ефектів у хворих на АГ, особливо із супутніми ЦД, ХСН, ФП та ін.

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА IRS-1 У РОЗВИТКУ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ – ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

А.С. Шалімова

Харківська медична академія післядипломної освіти

В останні роки велика увага науковців приділяється вивченню генів, які асоціюються з розвитком інсулінорезистентності (ІР) – важливого патогенетичного механізму формування цукрового діабету 2 типу (ЦД 2т) та інших захворювань. Існують суперечливі дані про роль поліморфізму субстрату інсулінових рецепторів 1 типу (IRS-1) у розвитку ІР та її наслідків. Мета дослідження полягала у вивченні поліморфного маркера rs1801278 гена IRS-1 та його асоціацій з показниками ліпідного спектру крові у пацієнтів з коморбідною патологією – гіпертонічною хворобою (ГХ) і ЦД 2т. Обстежено 94 пацієнти з ГХ II стадії, 2 ступеня у сполученні з ЦД 2т, середньої важкості, субкомпенсованим віком від 45 до 60 років. Контрольну групу склали 20 пацієнтів, у яких ГХ і ЦД 2т були виключені на підставі даних клініко-лабораторного обстеження. Визначалися показники вуглеводного та ліпідного профілів, ІР оцінювалася за індексом НОМА, проводилося генотипування поліморфного маркера rs1801278 гена IRS-1. Були ідентифіковані три генотипи IRS-1: Arg/Arg, Gly/Arg і Gly/Gly. Розподіл частот алелей відповідав закону Харді-Вайнберга. Встановлено, що більше половини (52,13 %) пацієнтів основної групи мали гомо- і гетерозиготний поліморфізм гена IRS-1: у 10,64 % у вигляді гомозиготного генотипу Arg/Arg і у 41,49 % пацієнтів – гетерозиготного генотипу Gly/Arg. В той же час, гомозиготний генотип Arg/Arg не був встановлений у жодного пацієнта контрольної групи, а гетерозиготний генотип Gly/Arg мав місце лише у 10% практично здорових осіб, що достовірно ($p < 0,001$) відрізняло основну групу від контрольної. Пацієнти з ГХ і супутнім ЦД 2т та генотипом Arg/Arg мали достовірно ($p < 0,001$) вищі рівні атерогенних ліпопротеїдів, порівняно з іншими варіантами генотипів. Пацієнти основної групи при наявності генотипів Arg/Arg і Gly/Arg мали достовірно вищі рівні глюкози крові та HbA_{1c}, ніж при генотипі Gly/Gly. Індекс НОМА, значення якого свідчать про вираженість ІР, був найвищим у пацієнтів з Arg/Arg генотипом, що достовірно ($p < 0,001$) відрізняло зазначений варіант генотипу від інших. Висновки. Встановлена асоціація поліморфізму гена IRS-1 з розвитком коморбідності – ГХ і ЦД 2т. Генетичний поліморфізм Gly972Arg впливав на порушення біохімічних показників пацієнтів з ГХ і супутнім ЦД 2т. Більш виражені порушення показників ліпідного і вуглеводного спектрів були характерні для пацієнтів з гомозиготним генотипом Arg/Arg. Генотип Arg/Arg поліморфного маркера rs1801278 гена IRS-1 був пов'язаний з підвищенням рівнів атерогенних ліпопротеїдів і більш вираженою ІР.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ sCD40L ТА
МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

О.В. Шапаренко, О.І. Кадикова, А.О. Калініченко
Харківський національний медичний університет

Доведено, що поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу призводить до порушень структур та функції міокарда лівого шлуночка на тлі активації імунного запалення.

Мета – дослідити взаємозв'язок між рівнем sCD40L та морфо-функціональними змінами лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Нами проведено комплексне обстеження 60 хворих на АГ, що знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківська міська клінічна лікарня №27. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 (n=40) другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n=20). До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб. Усім хворим проводилось ехокардіографічне дослідження.

Визначення рівня sCD40L проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «eBioscience» (Австрія). Отримані результати подано у вигляді середнього значення \pm стандартне відхилення від середнього значення ($M \pm m$). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

У хворих на АГ з ЦД 2 типу відмічаються: зростання частоти діастолічної дисфункції за 2 типом (порушення релаксації) (37,3%); відхилення двофазного добового ритму в порівнянні з нормою «dipper» (75%); збільшення маси міокарда лівого шлуночка на 10,2 % та товщини задньої стінки лівого шлуночка на 2,7 % на тлі збільшення рівня sCD40L.

Таким чином, встановлено що зі зростанням рівня sCD40L відбуваються більш значущі порушення у структурі та функції міокарда у вигляді прогресування діастолічної дисфункції та ремоделювання міокарда лівого шлуночка за гіпертрофічним типом у хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу.

**РІВЕНЬ АПЕЛІНУ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО
СТАНУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ
З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ
ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТУ ТИПУ 2**

Ю.О. Шеховцова
Харківський національний медичний університет

Мета роботи – визначити рівень апеліну у хворих з поєднаним перебігом хронічного панкреатиту (ХП) та цукрового діабету типу 2 (ЦД2) та його взаємозв'я-

зок з показниками функціонального стану підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали та методи. Обстежено 20 хворих на ХП у поєднанні з ЦД2 (6 чоловіків та 14 жінок, середній вік $55,25 \pm 1,34$ років). Всі досліджувані хворі мали нормальну масу тіла. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Функціональний стан ПЗ оцінювали за вмістом α -амілази, С-реактивного протеїну (СРП) в сироватці та еластази-1 в калі. Рівень апеліну (С-термінального пептиду) визначався методом імуноферментного аналізу в сироватці крові за допомогою набору реактивів «Raybiotech» (США). Для статистичного аналізу даних використовували ліцензійну програму Statistica версія 6.0.

Результати дослідження. Оцінюючи показники функціонального стану ПЗ було виявлено вірогідне підвищення α -амілази та СРП у порівнянні з групою контролю, рівень фекальної еластази-1 достовірно знижувався ($29,9 \pm 3,63$ vs $15,45 \pm 0,68$; $5,2 \pm 0,78$ vs $0,25 \pm 0,18$; $141,3 \pm 5,9$ vs $204,9 \pm 1$; відповідно, $p < 0,05$). Середній рівень апеліну у хворих з поєднаним перебігом ХП та ЦД2 визначався в 1,8 раз вищий, ніж у групі контролю ($p < 0,05$). У групі досліджуваних хворих виявлені значимі кореляційні зв'язки апеліну з еластазою-1 ($r = -0,72$, $p < 0,05$) та апеліну з СРП ($r = 0,78$, $p < 0,05$). Окрім того, апелін корелював з ІМТ ($r = 0,96$, $p < 0,05$).

Висновки. У хворих з поєднаним перебігом ХП з ЦД2 додатковим показником прогресування функціональних змін у ПЗ є гіперапелінемія. Значимі кореляційні зв'язки між апеліном та показниками функціонального стану ПЗ можуть свідчити про здатність цього адипоцитокіну впливати на прогресування ХП на фоні ЦД2.

ПОШИРЕНІСТЬ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ НА ЕТАПАХ ПУБЕРТАТУ

О.В. Шушлягіна

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

Питання формування патології щитовидної залози (ЩЗ) при ожирінні набувають все більшого значення через зростання захворюваності серед дитячого населення та посилення негативних метаболічних наслідків поєданого перебігу цих патологій.

Мета роботи – визначити поширеність та структуру патології щитоподібної залози в залежності від статі та ступеня статевої зрілості у дітей з ожирінням.

Матеріали та методи. У 121 хворих на ожиріння 6-16 років на основі комплексного дослідження (УЗД, визначення рівня тиреоїдних гормонів та антитілоутворення щодо тканини ЩЗ) проведено виявлення тиреопатій (дифузний нетоксичний зоб – ДНЗ, аутоімунний тиреоїдит – АІТ). Хворі були розділені за статтю (51 дівчина та 70 хлопців) та віком відповідно стадії пубертату (6-9 років – препубертат, 10-13 років – ранній пубертат, 14-16 років – пубертат). Статистичний аналіз отриманих даних проводився з використанням пакету прикладних програм Excel 4.0.

Результати. Встановлено, що найпоширенішою тиреопатією у дітей з ожирінням, як і в загальній дитячій популяції, є ДНЗ (66,1%), в т.ч. у 59,5% хворих ДНЗ

I ст., частота якого не залежала від статі. АІТ діагностовано у 8,3 % дітей, з перевагою у дівчат (13,7 %) порівняно з хлопчиками (4,28 %). За даними УЗД було виявлено наступні патологічні зміни у структурі ЩЗ: зниження ехогенності - у 50,4 %, неоднорідність ехоструктури - у 33,8%, ущільнення капсули спостерігалось у 28,0%. Ці зміни зустрічались як у дітей із збільшенням об'єму щитоподібної залози, так і у дітей з нормальним її розміром та за відсутності антитиреоїдних антитіл і нормального рівня ТТГ – у 14,9%. При цьому ДНЗ був найбільш поширеною патологією в усіх вікових групах, але частота його виявилась найбільшою у ранньому пубертатному віці - 72,1 % в групі 10-13 років проти 65,2% в групі дітей 6-9 років та 56,1 % в групі 14-16 років ($p < 0,05$). При цьому у хворих на ожиріння в препубертатному віці частота ДНЗ незначно переважала у дівчат порівняно з хлопцями (70% проти 61,5%), в ранньому пубертатному віці ДНЗ частіше виявлявся у хлопців (81,9% проти 63,3% у дівчат), а пубертатному віці, навпаки, зростала частота ДНЗ у дівчат порівняно з хлопцями (71,4% проти 48,1%). АІТ у дітей з ожирінням виявлявся лише з раннього пубертатного віку із поступовим зростанням частоти цієї тиреопатії протягом пубертату (9,3% в групі хворих 10-13 років, 14,6 % в групі 14-16 років, $p < 0,05$) та перевагою у дівчат порівняно з хлопцями (13,6% та 4,7% відповідно в групі 10-13 років, 21,4% та 3,7 % в групі 14-16 років, $p < 0,05$).

Висновок. У більшості дітей з ожирінням, навіть в препубертатному віці, виявляється виявляється тиреоїдна патологія, а частота її залежить від стадії пубертату та статі хворих.

ВПЛИВ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ НА РІВНІ АПЕЛІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО

К.О.Юшко

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

Мета. Оцінити вплив різних варіантів комбінованого лікування хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та без нього із застосуванням блокатору ангіотензину (БРА) олмесартану або інгібітору ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) раміприлу на рівні апеліну в сироватці крові.

Матеріали і методи. Обстежено 62 хворих на ГХ 2-3 ступеня (24 чоловіків та 38 жінок) віком від 43 до 70 років, з яких у 36 пацієнтів був ЦД 2 типу, до та після 12 тижнів комбінованого лікування. Гіпотензивна терапія включала БРА олмесартан 20-40 мг/добу (14 хворих з ГХ та 18 хворих з ГХ та ЦД 2 типу) або іАПФ раміприл (12 хворих з ГХ та 14 хворих з ГХ та ЦД 2 типу) з блокатором кальцієвих каналів лерканідипіном 10-20 мг/добу на фоні гіполіпідемічної терапії аторвастатином 20 мг/добу. Хворі з ЦД 2 типу додатково отримували антидіабетичну терапію метформіном (1000 мг/добу). Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб. Рівні апеліну в крові визначали за допомогою імуноферментного методу.

Результати. Базальні рівні апеліну крові у хворих на ГХ без ЦД

(0,886(0,846;0,937) нг/мл) та у хворих на ГХ з ЦД 2 типу (0,882(0,788;0,924) нг/мл) були вірогідно нижче ($p < 0,01$ і $p < 0,001$ відповідно) за такі серед контролю - 1,097(0,944;1,171) нг/мл. В динаміці комбінованого лікування із застосуванням олмесартану встановлено вірогідне підвищення рівнів апеліну в крові, як у хворих на ГХ без ЦД (з 0,896(0,839;0,919) нг/мл до 0,922(0,851;1,019) нг/мл, $p < 0,05$), так і у хворих на ГХ з ЦД 2 типу (з 0,899(0,841; 0,964) нг/мл до 0,989(0,904;1,085) нг/мл, $p < 0,01$). Серед хворих, які отримували терапію із застосуванням раміприлу, рівні апеліну в крові вірогідно не змінювалися після лікування ні в групі хворих на ГХ без ЦД, ні у хворих на ГХ з ЦД 2 типу. У пацієнтів, які отримували комбіновану терапію з застосуванням олмесартану на відміну від тих, у яких використовувався раміприл, відмічався вірогідний негативний кореляційний зв'язок рівня апеліну в крові з рівнями діастолічного артеріального тиску (ДАТ), як у хворих на ГХ без ЦД ($r = -0,65$, $p < 0,05$), так і у хворих на ГХ з ЦД 2 типу ($r = -0,73$, $p < 0,001$).

Висновки. Встановлено вірогідне підвищення рівнів апеліну в крові у хворих на ГХ, в тому числі на тлі ЦД 2 типу, під впливом терапії із застосування БРА олмесартану, яке корелювало зі ступенем зниження ДАТ. З огляду на отримані дані використання в комплексі комбінованої терапії БРА може бути особливо доцільним у хворих на ГХ, як без ЦД, так і з ЦД 2 типу, з вихідними низькими рівнями цього кардіопротекторного і антидіабетичного фактору.

THORACIC VERTEBRAL TRABECULAR BONE CHANGES FOLLOWING CHEMOTHERAPY IN HODGKIN LYMPHOMA PATIENTS

Iu.Yavorska

Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Introduction. Although, Hodgkin lymphoma (HL) usually is regarded as a potentially curable disease, special attention needs to be focused on the avoidance of short- and long-term adverse effects including trabecular bone structural changes which may have a considerable impact on quality of life of HL survivors.

Therefore, *the aim* of this study was to determine the dynamics of vertebral trabecular bone density and structural parameters in HL patients at the presentation and after completing of 4-6 cycles of chemotherapy, to identify risk factors for development of these effects.

Patients and methods. CT scans of 39 HL patients treated with ABVD and BEACOPP regimens (19 females, mean age $33,73 \pm 3,81$ and 20 males, mean age - $37,85 \pm 2,42$) were used to perform virtual biopsy with subsequent histomorphometric analysis. Patients were distributed by gender, stage of HL, occurrence (B) or absence (A) of systemic symptoms. The following trabecular parameters were analyzed at the mesoscopic level: trabecular bone density in Hounsfield units trabecular bone volume fraction (BV/TV), structure model index (SMI), trabecular thickness and separation (Tb.Th., Tb.Sp.), fractal dimension (FD), connectivity, topological (Euler characteristic) and texture parameters.

The results of this study indicate that loss of bone density in females having B-symptoms develops less intensively than in males with B-symptoms (10,33 % vs

27,36 % after chemotherapy compared to the initial values at presentation). Female patients are more likely to have reduced bone strength and quality caused by FD and Connectivity and Euler ch. changes and BV/TV reduction after chemotherapy. Compared to female patients, trabecular structure analysis in men revealed more significant trabecular disconnectivity and decreased values which reflect the complexity of branching trabeculae (FD) and contribute to an increased risk for loss of bone quality characteristics.

Conclusions. Standard chemotherapy regimens in HL patients have an impact on quantitative and qualitative vertebral trabecular bone structural parameters in both male and female patients, but these changes are applied differently in both genders and determine an impaired bone strength formation. Stage of HL and presence of B-symptoms are more likely to have an impact on trabecular bone parameters in men than in women. In female patients there is more gradual bone density loss, than in male patients, but women are more likely to develop an impaired mineralization after chemotherapy. HL patients lose not only bone density as a result of HL treatment, but also develop structural alteration of trabeculae. The assessment of densitometric and histomorphometric trabecular bone parameters should be routine in HL patients diagnostics and follow-up. Unfavorable HL prognostic factors (male sex, more than 3 lymph node groups involved and the occurrence of B-symptoms) tend to be the risk factors for bone quality loss.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СУЛОДЕКСИДУ НА РІВНІ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ФІБРОЗУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Ю.С. Якименко, П.С. Семенових, В.Ю. Гальчінська

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

Вступ. Дослідження вісфатину, МХП-1 і PAI-1 при захворюваннях нирок визначають їх провідну роль у реакціях запалення, фіброзу й прогресування реїнальної дисфункції. Проводиться постійний пошук препаратів, які здатні впливати безпосередньо на розвиток ниркових уражень при діабеті. На особливу увагу заслуговують роботи з вивчення фармакологічних ефектів препарату сулодексид.

Мета. Вивчення рівні маркерів запалення в плазмі крові у хворих на ДН в динаміці лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено 78 хворих на ДН І-II ст. Пацієнти були розподілені на групи залежно від схем лікування - 44 пацієнти, що одержували базову терапію антидіабетичними засобами і інгібіторами АПФ, другу групу склали 34 хворих, яким додатково призначали сулодексид у добовій дозі 600 ЛО внутрішньом'язово з подальшим пероральним прийомом препарату 600 ЛО на добу. Строк лікування - 3 місяці. Контрольна група складалася з 10 практично здорових донорів.

Концентрації МХП-1, вісфатину та PAI-I визначали методом імуноферментного аналізу з використанням імуноферментних тест-систем виробництва США. В якості індикаторного ферменту застосовували пероксидазу хрому.

Результати: При ДН істотно зростають рівні маркерів запалення та фіброзу в плазмі крові у порівнянні з контролем. Вміст МХП-1 в периферичній крові хворих на ДН та у здорових донорів становив (272,18±20,32) нг/мл і (155,12±16,42) нг/мл, відповідно. Рівні вісфатину в цих групах становили (32,4±3,8) нг/мл і (22,5±1,9) нг/мл, відповідно. Концентрація PAI-1 - (53,2±4,3) пг/мл і (26,7±1,2) пг/мл, відповідно.

Застосування базової терапії привело до невеликого, але достовірного зниження рівня МХП-1 у плазмі крові хворих на 12,3% у порівнянні з вихідними значеннями. Рівні вісфатину і PAI-1 також вірогідно знижувались у хворих, які отримували базову терапію на 20,1% і 29,3%, відповідно.

Додаткове призначення сулодексиду сприяло більш вираженому зменшенню рівнів МХП-1, вісфатину і PAI-1 на 32,2%, 37,2% та 82,4%, відповідно.

Висновки. У хворих на ДН суттєво підвищуються рівнів МХП-1, вісфатину і PAI-1 в плазмі крові, що може обумовлювати розвиток запальних та фібротичних процесів в нирках. Застосування сулодексиду в значній мірі сприяєло зниженню маркерів запалення та фіброзу в плазмі крові.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЭЗОМЕПРАЗОЛА И ПРОКИНЕТИКА ИТОПРИДА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

А.Н. Яли, Е.Н. Кохан, Е.Ю. Воробьева, Ю.Н. Шапошникова, В.Д. Немцова
Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: изучение клинической эффективности длительного использования итоприда гидрохлорида в сочетании с ингибитором протонной помпы эзомепразолом в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы: под нашим наблюдением находилось 38 пациента в возрасте от 24 до 60 лет с верифицированным диагнозом ГЭРБ. Диагноз ГЭРБ был подтвержден жалобами пациентов, результатами суточной рН-метрии пищевода, данными эзофагогастродуоденоскопии. В исследование были включены только пациенты с эндоскопическими изменениями слизистой пищевода 1-3 степени по классификации M.Savari и J.Miller. ИПП эзомепразол назначался всем пациентам в дозе 20 мг 2 раза в день, прокинетики итоприда гидрохлорида по 50 мг 3 раза в сутки получали 18 пациентов (58,3%) – 1 я группа, еще 20 пациентов (2 группа) получали прокинетики домперидон по 1 таблетке (10 мг) 3–4 раза/сутки за 30 мин. до еды. Курс лечения проводился на протяжении 2-х месяцев.

Результаты и обсуждение: согласно полученным данным к концу первой недели лечения больные отмечали исчезновение основных клинических симптомов заболевания у 16 пациентов (88,9%) пациентов 1 группы и у 14 (70%) 2й группы. Также у пациентов при проведении повторной рН-метрии в указанные сроки повышение уровня рН $\geq 4,0$ при исходном уровне $\leq 3,5$ отмечалось у 100% (n=18) пациентов 1 группы и у 80% (n=16), 2й. Эпителлизация эрозий пищевода

после полного курса лечения наступила у всех пациентов. Зарегистрирована также положительная динамика вегетативного статуса и показателей качества жизни пациентов по шкале SF-36 (Short-Form Health Survey) у 100% пациентов 1й группы и у 80% пациентов 2й группы. Побочные эффекты при терапии не были зарегистрированы у пациентов 1й группы, тогда как у пациентов 2й группы встречались: у 15% метеоризм, у 10% сонливость, у 5% галакторея.

Выводы: комбинированное использование итоприда гидрохлорида и эзомепразола у пациентов с ГЭРБ приводит не только к быстрому и стойкому клиническому эффекту и улучшению качества жизни пациентов, но и к отсутствию каких-либо значимых побочных эффектов, что позволяет рекомендовать прием данных препаратов в длительной комплексной терапии больных ГЭРБ.

ЗВ'ЯЗОК ЕКСПРЕСІЇ ГЕПСИДИНУ З КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Т.М. Яловенко, Т.В. Задворний, А.О. Павлова

Інститут експериментальної патології, околосії і радіобіології

ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ

Вступ. Рак молочної залози (РМЗ) залишається однією з актуальних проблем онкології, незважаючи на значну кількість досліджень різних аспектів цієї патології. На сьогодні встановлено, що виникнення та прогресія онкологічних захворювань, в тому числі і РМЗ, обумовлені порушеннями гомеостазу заліза на рівні організму та пухлини, тому дослідження ролі білків, які регулюють гомеостаз заліза в організмі людини серед онкологів набуває все більшої актуальності. Відомо, що роль універсального гуморального регулятора метаболізму заліза виконує гормоноподібний пептид – гепсидин. Існують поодинокі повідомлення, що свідчать про порушення експресії гепсидину у хворих на РМЗ.

Мета. Визначити зв'язок експресії гепсидину у пухлинних клітинах хворих з РМЗ із клініко-морфологічними характеристиками РМЗ.

Матеріали та методи. У дослідження залучено 34 жінки, хворих на РМЗ, I-II стадії за класифікацією TNM (6 видання, 2002 р.); гістологічний тип пухлин верифіковано відповідно до класифікації ВООЗ (2006р.). Імуногістохімічне (ІГХ) дослідження гепсидину у пухлинних клітинах здійснювали на парафінових зрізах за стандартною методикою. Оцінку результатів ІГХ проводили за допомогою методу Н-scoge. Для статистичної обробки отриманих результатів використовували програму STATISTICA 6.0.

Результати. Визначено пряму кореляційну залежність експресії гепсидину від молекулярного підтипу РМЗ. Достовірне підвищення експресії гепсидину встановлено у клітинах базального ($r=0,45$) та Her/neu -позитивного ($r=0,32$) підтипів РМЗ. Показано існування прямої залежності рівня гепсидину від стадії ($r=0,37$) та зворотної залежності від ступеня диференціювання ($r=0,42$) РМЗ.

Висновки. Встановлені залежності експресії гепсидину від клініко-морфологічних характеристик РМЗ свідчать про перспективність подальшого вивчення та використання гепсидину в якості прогностичного маркеру перебігу РМЗ.

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

М.В. Яренько

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

В останні роки актуальною залишається проблема зростання серцево-судинного ризику у жінок менопаузального віку. Зміни гормонального статусу у жінок в перименопаузі супроводжуються гіперактивністю симпатичної нервової системи і підвищенням збудливості гіпоталамо-гіпофізарних структур з порушенням центральної та периферичної регуляції судинного тону. Одним з показників її активності є варіабельність ритму серця (ВРС).

Мета дослідження: проаналізувати показники серцевого ритму у жінок з гіпертонічною хворобою (ГХ) та ожирінням в перименопаузі.

Матеріали та методи: обстежено 27 жінок, хворих на ГХ I-II стадії, 1-2 ступеню та ожиріння I-II ст., середній вік яких склав 52 ± 2 роки. Верифікацію діагнозу гіпертонічної хвороби здійснювали відповідно до стандартів МОЗ України, також здійснювали антропометричні дослідження, вимір індексу маси тіла, об'єму талії та стегон, визначення модифікованого менопаузального індексу, дослідження варіабельності серцевого ритму визначалась методом спектрального аналізу за допомогою електрокардіографа «Кардіолаб» ХАІ-МЕДИКА. Групою порівняння було 12 жінок в перименопаузі без ГХ та ожиріння. Відмінності вважалися достовірними при рівні значущості $p < 0,05$.

Результати дослідження: відзначено, що у пацієнток з ГХ та ожирінням спостерігалось зниження всіх часових параметрів ВРС, загальної потужності спектра – $TP=1969$ (1236; 4289) і потужність хвиль високих частот – $\% HF=15,2$ (9,6; 22,1), а також збільшення потужності хвиль наднизьких частот $\% VLF= 55,8$ (33,6; 65,1). В групі порівняння також виявлено збільшення потужності хвиль наднизьких частот $\% VLF= 58,2$ (33,8; 68,3) і збільшення показника $TP= 7655$ (5420; 14800). Індекс вагосимпатичної взаємодії – LF / HF був достовірно вище у жінок з ГХ та ожиріння ($LF / HF=1,64$) у порівнянні з іншою групою ($LF / HF=0,92$).

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що при наявності ГХ і ожиріння спостерігається збільшення симпатичного тону і зменшення парасимпатичної активності у жінок в перименопаузі. На тлі дисбалансу вегетативної нервової системи відбувається зниження загальної ВРС, що можна розглядати як фактор несприятливого серцево-судинного прогнозу у цій категорії пацієнтів.

ДЛЯ НОТОВОК

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

ДЛЯ НОТОВОК

This image shows a blank sheet of music manuscript paper. It features 28 horizontal dotted lines, which are evenly spaced and run across the width of the page. The lines are intended for writing musical notation. The paper is otherwise completely blank, with no text or other markings.

**«ВНЕСОК МОЛОДИХ ВЧЕНИХ І СПЕЦІАЛІСТІВ
У РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ПРАКТИКИ: НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ»**

15 травня 2015 року, Харків

Підписано до друку 27.04.2015 р. Формат 60x84/16. Папір офсет.
Друк. ризограф. Ум. друк. арк. 4,5. Замовлення б/н. Наклад 100 прим.
Друк - СПД ФО Степанов В.В.м. Харків, вул. Ак. Павлова 311