

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ “НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ”
ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
харківський НАЦІОНАЛЬНИЙ медичний університет
департамент охорони здоров'я
харківської обласної державної адміністрації
департамент охорони здоров'я
Харківської міської ради
харківське медичне товариство



Матеріали
наукового симпозіуму з міжнародною участю

**“НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ:
КЛЮЧОВІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ТА
ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ”**

4 листопада 2020 року

Харків,
2020

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

Матеріали
наукового симпозіуму з міжнародною участю

**“НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ:
КЛЮЧОВІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ТА
ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ”**

4 листопада 2020 року

Харків,
2020

УДК: 616.1/4:614.2
Н 45

Затверджено Вченою радою ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» Протокол № 8 від 27.10.2020 р.

Відповідальний редактор
Г. Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:

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

Н 45 Неінфекційні захворювання: ключові чинники, що впливають на якість та тривалість життя: матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю, м. Харків, 4 лист. 2020 р. [Електронний ресурс] /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2020. – 216 с. Режим доступу: https://therapy.org.ua/files/tezu_04_11_2020.pdf

У збірку включено тези доповідей, в яких висвітлено роль академіка Л. Т. Малої у становленні терапевтичної школи науковців, показано участь установи в розробці основних положень профілактичної медицини, розглянуто вікові та гендерні особливості перебігу НІЗ та засобів, що можуть вплинути на тривалість життя, питання прогностичного значення маркерів передчасного старіння, профілактики неінфекційних захворювань та подальшого розвитку наукових досліджень в сфері профілактики неінфекційних захворювань.

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

Матеріали викладено в авторській редакції з незначними коректорськими правками. Відповідальність за точність поданих фактів, цитат, цифр і прізвищ несуть автори. Електронна версія збірки безоплатно розміщується у відкритому доступі на сайті ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» (<https://therapy.org.ua/uk/>) у розділі «Новини».

ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТІВ ФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК, ВИДІЛЕНИХ З АБРИКОСУ ЗВИЧАЙНОГО

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

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

Фенольні сполуки грають величезну роль в захисті самих рослин від бактеріальної, вірусної та грибової інфекції, що свідчить про перспективність досліджень їх антибактеріальних властивостей.

Мета: первинний мікробіологічний скринінг екстрактів фенольних сполук, виділених з різних частин абрикосу звичайного.

Матеріали та методи: проведено мікробіологічний скринінг 36 зразків екстрактів фенольних сполук, виділених шляхом спиртової екстракції за допомогою етилового спирту різних концентрацій з різних частин абрикосу звичайного. Досліджені по 12 зразків екстрактів фенольних сполук, виділених з деревини, навколоплідника та сухих плодів абрикосу звичайного. Визначення рослинних фенолів проведено спектрофотометричним методом. Бактеріологічні дослідження проведено дифузійним методом «колодязів» з визначенням діаметрів зон затримки росту мікроорганізмів на середовищі Мюллера-Хінтона за допомогою стандартного набору тест-культур (*S. aureus* ATCC 25923, *E.coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B.subtilis* ATCC6633, *P. vulgaris* ATCC 4636, *C. albicans* ATCC 885-653). Чутливість грибів визначали на середовищі Сабуро. Дослідження проведені у трьох повторях. Відсутність росту або наявність зони затримки росту до 10 мм розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини.

Результати та їх обговорення: найактивнішими щодо *S.aureus* ATCC 25923 та *B. subtilis* ATCC 6633 виявилися фенольні сполуки, виділені з навколоплідника за допомогою 70 % та 96 % спиртів, з деревини – за допомогою 10 % спирту і з сухих плодів – за допомогою 50 %, 70 % та 96 % спиртів (діаметри зон затримки росту в діапазоні від $(25,6\pm0,5)$ мм до $(31,3\pm0,3)$ мм). Близькою виявилась дія екстрактів стосовно грамнегативних мікроорганізмів (діаметри зон затримки росту в діапазоні від $(22,7\pm0,5)$ мм до $(25,6\pm0,3)$ мм). Найактивнішими щодо *C. albicans* ATCC 885-653 були феноли, виділені з навколоплідника за допомогою 70 % та 96 % спиртів (діаметри зон затримки росту до $(29,5\pm0,4)$ мм. Помірною антифунгальною активністю володіли усі досліджені екстракти фенолів, виділених з сухих плодів абрикосу звичайного.

Висновок: досліджені антибактеріальні властивості екстрактів фенольних сполук, виділених з абрикосу звичайного, свідчать про перспективність подальших досліджень у даному напрямку з метою розробки нових протимікробних засобів.

ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ СПИРТОВИХ ЕКСТРАКТІВ CETRARIA ISLANDICA

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

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

Лишайники здавна знаходять різноманітне практичне застосування, а лишайникові речовини представляють інтерес як природні антибіотики. Пізнання властивостей унікальних лишайникових антибіотиків відкриває шляхи до пошуку їх синтетичних аналогів.

Мета: мікробіологічне дослідження активності спиртових екстрактів лишайникових речовин, отриманих з *Cetraria islandica*.

Матеріали та методи: досліджено 5 зразків спиртових екстрактів лишайникових речовин, отриманих з *Cetraria islandica*. Рослинну сировину піддавали триразовій екстракції 65 % етиловим спиртом з лізином. Співвідношення екстрагента та екстрактивних речовин складало лізин/лишайникові кислоти 5:1, лізин/ уснінова кислота 2:1. Сухий залишок екстрагенту в зразках коливався від 3,59 % до 7,80 %. Спиртову екстракцію та визначення вмісту лишайникових кислот проведено на кафедрі хімії природних сполук НФАУ МОЗ України. Бактеріологічні дослідження проведено дифузійним методом «колодязів» з визначенням діаметрів зон затримки росту мікроорганізмів на середовищі Мюллера-Хінтона за допомогою стандартного набору тест-культур (*S. aureus* ATCC 25923, *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B. subtilis* ATCC 6633, *P. vulgaris* ATCC 4636, *C. albicans* ATCC 885-653). Чутливість грибів визначали на середовищі Сабуро. Дослідження проведені у трьох повторах. Відсутність росту або наявність зони затримки росту до 10 мм розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини.

Результати та їх обговорення: екстракти лишайникових речовин, отриманих з *Cetraria islandica*, проявили високу антибактеріальну активність у відношенні грампозитивних мікроорганізмів (*S. aureus* ATCC 25923 та *B. subtilis* ATCC 6633) (діаметри зон затримки росту відповідно $(25,5 \pm 0,3)$ мм і $(25,3 \pm 0,4)$ мм). Дещо менш чутливими до досліджених екстрактів виявився штам *C. albicans* ATCC 885-653 (діаметр зон затримки росту $(23,6 \pm 0,5)$ мм). Щодо грамнегативних мікроорганізмів (*P. vulgaris* ATCC 4636, *E. coli* ATCC 25922 та *P. aeruginosa* ATCC 27853) спиртові екстракти *Cetraria islandica* проявляли помірну активність (діаметри зон затримки росту в діапазоні від $(20,9 \pm 0,1)$ мм до $(22,6 \pm 0,3)$ мм).

Висновок: в результаті первинного мікробіологічного дослідження спиртових екстрактів *Cetraria islandica* доведено перспективність пошуку модифікацій лишайникових речовин та їх синтетичних аналогів з метою створення на їх основі нових протимікробних та протигрибкових засобів.

ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Антонова І. В., Крахмалова О. О., Колеснікова О. М., Гетман О. А.

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

м. Харків, Україна

Мета дослідження – визначити клінічні та функціональні аспекти перебігу ХОЗЛ, у хворих з коморбідним перебігом ХОЗЛ та ІХС, в залежності від поліморфізму гену мітросомальної епоксидгідролази EPHX1.

Матеріали і методи: було обстежено 232 пацієнтів (153 чоловіка, 79 жінок), середній вік склав ($M \pm SD$) $60,55 \pm 7,3$ років та 19 практично здорових осіб без ознак кардіореспіраторної патології. Усі хворі були розподілені на 2 групи: А група (основна група) – пацієнти з частими загостреннями ХОЗЛ (156 осіб), пацієнти мали 2 та більше загострень ХОЗЛ на рік. Група В (група порівняння) – пацієнти з нечастими загостреннями ХОЗЛ (76 пацієнтів), які мали 1 та менше загострень ХОЗЛ на рік.

Результати: встановлено, що частота алелів і генотипів Tyr113His гену мітросомальної епоксидгідролази EPHX1 у хворих на ХОЗЛ та ІХС становить: Т-алеля – 54,8 %, С-алеля – 45,2 %, Т/Т – 39,7 %, Т/С – 35,8 % та С/С – 24,5%. При аналізі розподілу частот фенотипів С/С Tyr113His гену мітросомальної епоксидгідролази EPHX1 у хворих на ХОЗЛ з частими та нечастими загостреннями і практично здорових індивідів було встановлено, що рецесивний гомозиготний фенотип, так звана "повільна" форма ферменту зустрічалася частіше в групі хворих на ХОЗЛ з частими загостреннями (29,2% проти 10,5%, $p < 0.05$), підвищуючи ризик формування захворювання з частими загостреннями в 2.5 рази ($OR = 1.51$; 95% CI 0.99-2.30). У той же час було визначено, що поліморфізм Т/С Tyr113His серед здорових людей виявлявся частіше (56,6%), ніж у хворих на ХОЗЛ (44.3%), і, отже, є фактором стійкості до розвитку захворювання ($OR = 0.62$; 95% CI 0.42- 0.91).

Висновки: встановлено, що рецесивний гомозиготний фенотип, С/С Tyr113His гена мітросомальної епоксидгідролази EPHX1, так звана "повільна" форма ферменту зустрічалася частіше в групі хворих на ХОЗЛ з частими загостреннями (29,2% проти 10,5%, $p < 0.05$), підвищуючи ризик формування захворювання з частими загостреннями в 2.5 рази ($OR = 1.51$; 95% CI 0.99-2.30). Встановлено, що поліморфізм Т/С Tyr113His серед здорових людей виявлявся частіше (56,6%), ніж у хворих на ХОЗЛ (44.3%), і, отже, є фактором стійкості до розвитку захворювання ($OR = 0.62$; 95% CI 0.42- 0.91).

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПЕНТРАКСИНУ-3
В НЕІНВАЗИВНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ
У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ
ПЕЧІНКИ**

Бабак О. Я., Александрова Т. М.

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

Мета — оцінити діагностичне значення пентраксину-3 для визначення стадій фіброзу печінки (ФП) у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи: обстежено 25 пацієнтів з НАЖХП, 11 чоловіків (44%) та 14 жінок (56%), середній вік склав ($38,0 \pm 4,1$) років. Контрольну групу створили 20 практично здорових осіб. Статистично значущої відмінності за гендерним та віковим розподілом груп не виявлено. Транзиторна еластографія печінки проводилась за допомогою ультразвукового сканера – SIEMENS – ACUSON S 3000. Визначення рівня пентраксину-3 в плазмі крові проводили за допомогою імуноферментного методу з використанням набору ELISA.

Результати: аналіз динаміки рівня пентраксину-3 в залежності від ступеню ФП у пацієнтів з НАЖХП продемонстрував достовірне підвищення досліджуваного біомаркера в разі прогресування ФП. Так, у пацієнтів зі стадією ФП F0 (за системою METAVIR) рівень пентраксину-3 склав ($254,35 \pm 44,4$) пг/мл, зі стадією F1 – ($421,9 \pm 31,46$) пг/мл, та зі стадією F2 – відповідно ($430,9 \pm 35,86$) пг/мл. ($p < 0,05$).

Висновки: у пацієнтів з НАЖХП рівень пентраксину-3 в плазмі крові мав достовірну тенденцію до зростання з мірою прогресування стадії ФП ($p < 0,05$), що підтверджує можливість використання даного біомаркеру в неінвазивній діагностиці стадій ФП у пацієнтів з НАЖХП.

БАЛОННА ДИЛАТАЦІЯ СФІНКТЕРНИХ УТВОРЕНЬ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Бабій О. М., Шевченко Б. Ф., Пролом Н. В., Тарабаров С. О.

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

В останні роки набула широкого застосування балонна дилатація (БД) при захворюваннях, які потребують корекції порушеної прохідності сфінктерних утворень езофагогастроуденальної зони.

Мета роботи: оцінити ефективність застосування БД у хворих з порушенням прохідності сфінктерних утворень езофагогастроуденальної зони.

Матеріали і методи: у відділенні хірургії інституту за 2006-2019 роки БД проведена у 245 хворих. З них у 210 пацієнтів діагностовано ахалазія кардії (АК): у 17 – 1 стадія, у 86 – 2 стадія, у 62 – 3 стадія, у 45 – 4 стадія. У 7 пацієнтів діагностовано пилороспазм, у 7 пацієнтів – компенсований стеноз і у 21 пацієнта субкомпенсований виразковий пілородуоденальний стеноз. Чоловіків було 87, жінок 158, середній вік ($45,3 \pm 5,2$) року. БД проводили під ендоскопічним і/або рентгенологічним контролем балонами «Boston scientific» діаметром 18-20 мм (тиск в балоні 2-5 атм), 35 мм і 40 мм (тиск в балоні 0,8-1,4 атм), курс 3-6 сеансів з інтервалом 1-3 доби і експозицією балона 3-6 хв. Оцінка БД проводилася за допомогою езофагогастроуденоскопії, балонної манометрії і рентген-пасажу барію.

Результати: в ході дослідження уточнено відомі та розроблено нові показання до виконання ендоскопічної БД при пілородуоденальному стенозі і при АК. У пацієнтів при 1-2 стадії АК позитивний результат відзначений в 94,3% випадків вже після першого сеансу БД. Рецидиви АК після БД в терміни до 5 років встановлено у 49 (23,3%) пацієнтів: при 1 стадії – у 12,2%, при 2 – у 16,3%, при 3 – у 24,5% і при 4 – у 47,0%. Повторні курси БД при рецидиві АК в 29 (13,8%) випадках виявилися неефективними. Після виконання БД у пацієнтів з пілородуоденальним стенозом в терміни спостереження до 24 місяців рецидив субкомпенсованого виразкового пілородуоденального стенозу виявлено в 2,8% випадків.

Висновок: БД є ефективним методом корекції прохідності сфінктерних утворень, обумовлених патологією езофагогастроуденальної зони.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, НИРКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОХИЛОГО ВІКУ

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

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна*

Мета: встановити діагностичне значення змін геометрії лівого шлуночка (ЛШ), ниркової дисфункції та добового моніторування ЕКГ (ДМЕКГ) як предикторів кардіоваскулярного (КВ) ризику у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) похилого віку.

Матеріал та методи: у 174 пацієнтів похилого віку (> 65 років) без наявних клінічних проявів АГ досліджували зміни геометрії серця за допомогою ехокардіографії (ЕхоКГ), рівень креатиніну сироватки та розрахункову швидкість ниркової фільтрації (ШНФ) за формулою СКД-EPI, а також показники ДМЕКГ – QTc, стандартне відхилення всіх нормальних RR (SDNN). Оцінювали загальну та серцево-судинну (СС) смертність протягом 2 років спостереження.

Результати: в обстеженій групі середній вік був ($74,4 \pm 7,6$) років; чоловіків – 45,8%; мали супутній цукровий діабет (ЦД) – 33,2%. Нормальна модель (НМ) серця була у 10 пацієнтів (5,8%), концентричне ремоделювання (КР) – у 37 (21,3%), концентрична гіпертрофія (КГ) – у 101 (58,0%), ексцентрична гіпертрофія (ЕГ) – у 26 (14,9%). Високий клас екстрасистолії (Екс) за Lown (>2) частіше був при ЕГ (53,7%) у порівнянні з КГ та КР (відповідно: 41,4% та 21,5%). Середнє значення QTc становило ($449,3 \pm 32,6$) мс, та напряму корелювало з індексованою масою ЛШ ($r = 0,226$; $p = 0,001$). За даними ниркової дисфункції хронічна хвороба нирок (ХХН) встановлена у 42,8% пацієнтів та мала зв'язок з високими класами Екс за Lown (56,5% проти 41,4%; $p = 0,012$). Пацієнти з ХХН мали більш низький рівень SDNN у порівнянні з пацієнтами зі збереженою функцією нирок ($(91,19 \pm 32,08)$ мс проти $(104,62 \pm 30,54)$ мс, відповідно; $p = 0,015$) та SDNN напряму корелював зі ШНФ ($r = 0,166$; $p = 0,019$). Протягом 2 років загальна та СС смертність становила 37,4% та 22,1% відповідно. Незалежними предикторами СС смерті були ЦД (CI 2,40; ДІ 95%; від 1,14 до 4,87; $p = 0,018$), ХХН (CI: 2,24; ДІ 95% від 1,12 до 4,58; $p = 0,026$), подовження QTc (CI: 2,16 ДІ 95% від 0,13 до 4,49; $p = 0,027$) та SDNN <96 мс (CI 1,95; ДІ 95% від 1,17 до 4,21; $p = 0,046$).

Висновки: у хворих похилого віку навіть при відсутності наявних клінічних ознак АГ визначення змін геометрії серця, оцінка функції нирок та встановлення змін QTc та SDNN при ДМЕКГ можуть бути простими та інформативними для клініцистів предикторами, що допоможуть визначити ризик КВ у пацієнтів похилого віку та прогнозувати їх ісхід.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОРОНАРОГЕННОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З СЕРЕДНІМИ ЗНАЧЕННЯМИ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ПОХИЛОМУ ВІСІ

Бодрецька Л. А., Шаповаленко І. С., Войнаровська Г. П.,
Бутинець Ж. С.

*ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМНУ»,
м. Київ, Україна*

Мета: вивчення особливостей якості життя пацієнтів з коронарогенною хронічною серцевою недостатністю (ХСН) та середніми значеннями скоротливої здатності лівого шлуночку.

Обстежені і методи: хворі з ХСН у віці 60–74 роки (середній вік $68,4 \pm 4,2$ роки з діагнозом ішемічна хвороба серця (ІХС): стабільна стенокардія II – III ФК, дифузний та/або післяінфарктний кардіосклероз ХСН ПА-Б фракція викиду лівого шлуночку (ФВ ЛШ) 40-49%. Хворі спостерігались в кардіологічному відділенні ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМНУ» в період з 2013 по 2019 роки. Проведено: ехокардіографію (ЕхоКГ), апарат «Харіо SSA-660А» фірми Toshiba (Японія). Досліджено також якість життя – Міннесотський опитувальник якості життя (МОЯЖ).

Результати: при первинному обстеженні пацієнтів з ХСН по даним ЕхоКГ виділена окрема група за критерієм ФВЛШ в межах 40-49 %. Виявлено, що пацієнти різняться по структурним та функціональним характеристикам в роботі серця. Так, у 68 пацієнтів (75%) з ФВЛШ $44,29 \pm 3,07\%$ були збільшені розміри ЛШ – індекс кінцево-діастолічного об'єму (іКДО) $98,83 \pm 14,11 \text{ мл/м}^2$ та додаткові ознаки порушення систолічної функції (СФ)- зменшення швидкості систолічного скорочення фіброзного кільця мітрального клапану (ФКМК) в септальній ділянці до $5,3 \pm 1,6 \text{ см/сек.}$, латеральній ділянці – $6,1 \pm 1,1 \text{ см/сек.}$ Спостерігались також ознаки порушення діастолі, $E/A - 0,72 \pm 0,14$, $E/e^1 6,67 \pm 1,90$. У 22 (25%) хворих при ФВЛШ $46,19 \pm 2,17$ ознак дилатації ЛШ не виявлено, іКДО $51,18 \pm 9,07 \text{ мл/м}^2$, зберігається швидкість скорочення ФКМК: септальна ділянка – $7,8 \pm 0,9 \text{ см/сек.}$, латеральна ділянка – $7,1 \pm 1,5 \text{ см/сек.}$, виявлені ознаки більш вираженої діастолічної дисфункції ЛШ, $E/A - 0,51 \pm 0,37$, $E/e^1 9,38 \pm 2,29$. Дані МОЯЖ при ХСН з додатковими ознаками зниженої СФЛШ виявили вірогідно більше балів у секторі МОЯЖ, що відповідає за фізичні можливості хворого 36 ± 3 бали, а у хворих, що мали ознаки лише порушення діастолі 23 ± 2 бали. Емоційні, загальні та медичні фактори у пацієнтів вірогідно не відрізнялись.

Висновок: пацієнти з коронарогенною ХСН з середніми значеннями ФВЛШ, що мають додаткові ознаки порушення систолічної функції ЛШ: зменшення швидкості систолічного скорочення мітрального кільця та ознаки дилатації ЛШ, мають вірогідно менші фізичні можливості якості життя ніж пацієнти лише з порушеннями діастолічної функції.

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ МІКРОРНК

Бондар Т. М., Гальчінська В. Ю., Ченчик Т. О.

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

При дослідженні вмісту циркулюючих мікроРНК наявні методики екстракції та комерційні набори реактивів передбачають можливість використання як сироватки, так і плазми крові, однак використання цих двох рідин може дати різні результати.

Мета: оптимізація методу визначення циркулюючих позаклітинних мікроРНК на преаналітичному етапі (забір крові; виділення/очищення мікроРНК; кількісне визначення мікроРНК та контроль якості).

Матеріали та методи: мікроРНК виділяли з сироватки та плазми крові ($n=12$) з використанням набору реагентів для виділення «NucleoSpin® miRNA» (Machery-Nagel), концентрацію мікроРНК визначали на флуорометрі «Qubit 3» (Life Technologies, США) з використанням набору реагентів «Qubit™ microRNA» (Thermo Fisher Scientific). Для зворотної транскрипції використовували набори «TaqMan MicroRNA Reverse Transcription Kit» і специфічні праймери для цільової (Hsa-miR-221) та референтної мікроРНК (U6 snRNA) (Applied Biosystems). Експресію мікроРНК визначали методом ПЛР в режимі реального часу за допомогою системи детекції «CFX96 Touch» (BioRad) з використанням наборів реагентів для контролю та аналізу експресії мікроРНК «TaqMan microRNA Assay» й «TaqMan® Universal PCR Master Mix» (ThermoFisherScientific) у відповідності до інструкції виробника. Кожен зразок аналізували у трьох технічних повторах. Відносну нормалізовану експресію мікроРНК розраховували за допомогою програмного забезпечення CFX Manager Software за $\Delta\Delta C_t$. Ряди порівнювали за критерієм Уїлкоксона.

Результати: тотальна концентрація мікроРНК (флуорометричний метод) у зразках, виділених з плазми, була значно вищою порівняно зі зразками, виділеними з сироватки ($Z=3,059$, $p=0,002$). Однак за показниками відносної нормалізованої експресії мікроРНК 221 суттєвих розбіжностей між зразками, виділеними з антикоагулянтом та без нього виявлено не було ($Z=1,569$, $p=0,116$). Разом з тим слід відзначити, що значення C_q для цільової та референтної мікроРНК, а також розбіжності між технічними повторами ампліфікації зразків, виділених з плазми, були вірогідно нижчими порівняно зі зразками, виділеними з сироватки ($Z=2,902$, $p=0,004$ та $Z=3,059$, $p=0,002$, відповідно).

Висновок: стабільність та, відповідно, виявлення циркулюючих мікроРНК можуть залежати від способу пробопідготовки зразків крові для дослідження. Використання ЕДТА плазми для кількісного визначення циркулюючих мікроРНК дозволяє отримувати більш стабільні та відтворювані результати.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСОНФОРЕЗА СУЛЬФАТА МАГНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Бондаренко С. В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Среди сердечно-сосудистых заболеваний гипертоническая болезнь занимает одно из ведущих мест. Артериальная гипертензия отмечается у 20-30% взрослого населения. С возрастом распространенность заболевания увеличивается и составляет 50-65% у лиц старше 65 лет. В настоящее время гипертоническую болезнь можно рассматривать как заболевание, которое носит неинфекционный эпидемический характер. Поскольку длительное повышение артериального давления приводит к развитию таких осложнений, как сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, мозгового инсульта, почечной недостаточности, она является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения.

Поэтому разработка новых методов лечения гипертонической болезни чрезвычайно актуальна как с медицинской, так и с социальной и экономической точек зрения.

Электросон, при котором применяется воздействие на центральную нервную систему импульсными токами снижает повышенную активность симпатико-адреналовой системы, уменьшает адренергические влияния на сердечно-сосудистую систему, улучшает регуляторную функцию ЦНС, нашел широкое применение в лечении гипертонической болезни.

Сульфат магния также применяется в лечении артериальной гипертензии.

Нами разработана методика электросонфореза сульфата магния, причем препарат вводится биполярно. Такая методика обеспечивает сочетание седативного, спазмолитического действия магния с седативным эффектом серы и её способностью оптимизировать усвоение магния клетками. Процедуры проводятся при глазнично-сосцевидном расположении электродов, в течение 20-40-60 минут, ежедневно. Курс лечения составляет 10-12 процедур. Частота тока подбирается индивидуально по ощущениям пациента.

Применение данной методики у 56 больных гипертонической болезнью 1-2 стадии отмечено улучшение у 88% пациентов. Это выражалось в стабильном снижении артериального давления, уменьшении или исчезновении головных болей и головокружения, болей в области сердца, улучшении эмоционального фона, улучшении ночного сна.

Таким образом, по результатам исследования электросонфорез сульфата магния в лечении гипертонической болезни позволяет рекомендовать эту методику к широкому внедрению в клиническую практику.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Бондаренко С. В., *Амелин А. Ф.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

**КНП «Городская поликлиника №9» ХГС, г. Харьков, Украина*

Во всем мире отмечается рост коморбидности, то есть постоянно возрастает количество больных несколькими заболеваниями, протекающими одновременно. Также наблюдается увеличение коморбидности с возрастом. Около 80% больных пожилого возраста имеют три заболевания и более. Сохранение такой тенденции ожидается и в будущем.

Одной из основных проблем терапии данной категории больных является то, что препараты, которые применяются для лечения одной болезни, могут быть противопоказаны для лечения другой.

Таким образом, следует использовать такие методы лечения, которые будут эффективны при любом имеющемся заболевании у больного. К таким методам относятся физические, в частности, электросон.

Вопреки распространенному мнению электросон эффективен не только в терапии неврозов, но и при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, гипертонической болезни, ревматоидном полиартрите, ишемической болезни сердца, остеохондрозе позвоночника, бронхиальной астме и так далее.

Длительное раздражение рецепторов кожи в местах наложения электродов вызывает развитие в коре головного мозга охранительного торможения, при котором восстанавливаются нарушенные корково-подкорковые, межполушарные, корково-висцеральные связи. Таким образом, электросон улучшает регуляторную функцию центральной нервной системы, от состояния которой зависит работа всех органов и тканей.

Электросонотерапия оказывает благоприятное влияние на сердечно-сосудистую систему, что выражается в нормализации работы нервного аппарата сердца, тонуса артериальной стенки, процессов микроциркуляции, стимуляции коллатерального кровообращения.

Электросон улучшает функцию высших вегетативно-эндокринных центров, состояние свертывающей и противосвертывающей систем, кроветворение, а также липидный, минеральный и углеводный обмен. Импульсные токи по этой методике улучшают газообмен в легких и тканевое дыхание, гормональную функцию щитовидной, паращитовидных, половых желез, надпочечников.

Исходя из выше сказанного, можно констатировать, что электросон заслуживает самого пристального внимания при лечении коморбидных состояний.

ОЦІНКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА СУПУТНЄ ОЖИРІННЯ

Боровик К. М.¹, Риндіна Н. Г.¹, Романюк М. Г.², Романюк Т. В.³,
Глебова О. В.⁴

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

³КНП «Міська поліклініка №5» ХМР, м. Харків, Україна

⁴КНП «Міська клінічна лікарня №27» ХМР, м. Харків, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день ожиріння та депресія – це дві масштабні медико-соціальні проблеми сфери охорони здоров'я, які коштують глобальній економіці мільярди доларів щорічно. Маючи спільні патогенетичні механізми, ожиріння є одним з основних факторів ризику розвитку атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, і, як наслідок, ішемічної хвороби серця, зокрема гострого інфаркту міокарда (ГІМ). За даними ВООЗ в Україні фіксується близько 6,3% випадків депресивних розладів в загальній популяції, а при підвищенні ІМТ на кожні 4,7 кг/м² ризик виникнення та прогресування депресії підвищується на 18% незалежно від статі та віку.

Мета: визначити наявність та виразність депресивних розладів у хворих на гострий інфаркт міокарда в залежності від наявності супутнього ожиріння.

Матеріали та методи: до дослідження було включено 70 хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST. Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на ГІМ із супутнім ожирінням (n=50), 2 групу – хворі на ГІМ без ожиріння (n=20). Середній вік хворих 1 групи склав 63,28±1,33 років, а 2 групи – 66,26±1,71 років. Для характеристики ожиріння використовувався індекс маси тіла (ІМТ), середні значення якого дорівнювали у 1-й групі 35,43 ±0,52 кг/м², а у 2-й групі – 24,04±0,56 кг/м²; було визначено наявність ожиріння за класифікацією IDF. Для оцінки депресії використовувалась шкала Гамільтона (HRDS), яка включала 21 пункт.

Результати та їх обговорення: було встановлено, що в групі хворих на ГІМ та ожиріння прояви легкої депресії (8-13 балів) були виявлені на 6% частіше, порівняно з групою хворих на ГІМ без метаболічних порушень (p<0,05). В той же час депресивні розлади середнього ступеня важкості (14-18 балів) відзначалися на 8% частіше в основній групі, ніж у групі порівняння (p<0,05). Депресія тяжкого ступеня (≥19 балів) не була діагностована в жодній групі хворих на ГІМ.

Висновки: достовірність отриманих даних демонструє, що наявність супутнього ожиріння у хворих на гострий інфаркт міокарда може виступати тригером розвитку малих депресивних епізодів.

ПОРУШЕННЯ ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З УРАХУВАННЯМ ШТАМІВ

Буздуган І. О., Гараздюк І. В.

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Мета роботи: дослідити вплив штамів *H. pylori* на рівень протеолізу у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки

Матеріали та методи: обстежено 30 осіб (15 пацієнтів із ПВШ та ДПК (CagA+VacA+) (група 1), 15 пацієнт із ПВШ та ДПК (CagA+ або VacA+) (група 2) та 10 практично здорових осіб (ПЗО) (група 3)). Рівень оцінювали за допомогою лізису азоальбуміну, азоказеїну та азоколу з використанням наборів фірми Danish Ltd. (Львів). Штами *H. pylori* CagA, VacA та її алельні форми s-регіону (s1 або s2) та m-регіону (m1 або m2) у біоптатах визначали за допомогою ПЛР із використанням наборів реагентів «Хелікопол» («Літех», Росія).

Результати: у хворих на ПВШ та ДПК з урахуванням поєднання штамів CagA+ та VacA+, установили порушення протеолітичної активності (зниження лізису альбуміну (на 20,41 % (1,47±0,17)), лізису азоказеїну (на 14,29 % (1,54±0,14)), підвищення лізису азоколу (на 9,09 % (1,10±0,17)) у порівнянні з групою хворих на ПВШ та ДПК з урахуванням поєднання штамів CagA+ або VacA+ ((1,65±0,18), (1,63±0,15), (1,02±0,19) відповідно). Порівнюючи дані групи з групою ПЗО ((2,70±0,38), (2,14±0,09), 0,72±0,03)), виявили вірогідне зниження лізису альбуміну на 45,56 % ($p < 0,05$) та 56,67 % ($p < 0,05$), лізису азоказеїну на 28,04 % ($p < 0,05$) і 38,32 % ($p < 0,05$), підвищення лізису азоколу на 52,78 % ($p < 0,05$) і 66,67 % ($p < 0,05$).

Висновок: наявність токсигенних штамів *H. pylori* CagA та VacA, а особливо їх поєднання, призводить до обтяженої перебігу із порушенням протеолітичної активності.

РОЛЬ КОМОРБІДНОСТІ ПАТОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

Буздуган І. О., Федів О. І.

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

Мета: оцінити коморбідність патології у практиці лікаря.

Матеріали та методи: об'єктами дослідження є коморбідна патологія серед людей різних вікових груп. Поширення коморбідності оцінювали шляхом аналізу літературних даних.

Результати: обговорення проблеми поширеності нозологій із супутньою та поєднаною патологією на сьогодні є досить актуальним. У 2000 роках опубліковано, згідно літератури, поодинокі дослідження з цієї проблеми. Однак, з 2010 року їх кількість зросла до 50 випадків. (Caughey GE, Roughead EE). Проте, у Великій Британії, серед тих, хто звертався за медичною допомогою до лікаря загальної практики, коморбідна патологія зустрічалась у понад 80% (Mercer SW). В українській та російській науковій літературі для визначення стану, що характеризується наявністю декількох захворювань, що мають як гострий, так і хронічний перебіг, використовують терміни «поєднана патологія», «комбінована патологія», «супутні» або «асоційовані» захворювання та стани. Відомо, що поліморбідність включає як випадкову комбінацію у одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно зумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб. (Гуменюк АФ, Valderas JM, Campbell-Scherer D, Коломоець МЮ, Вашеняк ОО.).

Основною причиною наявності поліморбідності серед людей похилого віку є атеросклероз судин, що призводить до розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), дисциркуляторної енцефалопатії, артеріальної гіпертензії (АГ), ішемії кишечника тощо (Дрангой МГ, Лазебник ЛБ.).

Також відомо, що розвиток будь-якого захворювання призводить до функціональних та органічних порушень у системі органів. Наприклад, при захворюванні системи органів травлення, а саме хронічного панкреатиту на фоні хронічного гастриту та/чи виразки шлунка призводить до виникнення хронічного холециститу та жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ)). Це нам дає можливість виявити взаємозв'язок між органами і системами та їх поєднаний розвиток. У пацієнтів похилого віку виявлено до 5 і більше нозологічних форм (Махов ВМ, Соколова АА).

Висновок: коморбідність патологій – одна із основних причин швидкого прогресування захворювань та утрудненої діагностики і лікування нозологій.

ЗМІНИ ДИНАМІКИ СИНТЕЗУ ЛЕЙКОТРИЄНІВ ТА АКТИВНОСТІ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ У КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Бурмак Ю. Г., Петров Є. Є., Іваницька Т. А.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: проаналізувати динаміку змін вмісту лейкотриєнів (Лт) В4 і С4 та малонового діальдегіду (МДА) після загальноприйнятої та комбінованої терапії у хворих на пептичну виразку (ПВ) дванадцятипалої кишки (ДПК) із коморбідною гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи: група досліджених вмікала 64 хворих на ПВ ДПК із коморбідною ГХ (II стадія) віком від 38 до 49 років. Лікування відповідало вимогам протоколу; хворим основної групи (n=31) додатково призначали діоксид кремнію (тиждень, по 250 мл 2% водної суспензії 3 р/д) та кверцетин (4 тижні, по 2,0 г 3 р/д); забір крові хворих здійснювали до початку та через місяць лікування. Вміст ЛтВ4 и ЛтС4 у плазмі крові вивчали радіоімунним методом (Amersham, Великобританія), вміст МДА у сироватці крові - спектрофотометричним методом; референтними стали значення практично здорових осіб (n=21), що за статтю і віком були ідентичними хворим. Математична обробка здійснювалась методом варіаційної статистики (прикладні програми пакету Statistika 6.0).

Результати: даними дослідження до початку лікування було визначено суттєве, порівняно з практично здоровими особами, підвищення вмісту ЛтВ4 (референтна норма $53,2 \pm 11,4$ пг/мл), ЛтС4 (референтна норма $39,7 \pm 10,8$ пг/мл) та МДА (референтна норма $4,88 \pm 0,18$ мкмоль/л), відповідно, у 4,1, 5,3 та 2,4 рази ($p < 0,001$ у всіх випадках), при цьому розбіжностей між показниками основної групи та групи загальноприйнятого лікування не було. Повторним обстеженням з'ясовано, що у всіх досліджених хворих відбувалось зниження вмісту у крові ЛтВ4, ЛтС4 та МДА: у хворих загальноприйнятого лікування – в 1,78, 1,93 та 1,24 рази ($p < 0,01$), а у хворих основної групи – у 2,62, 3,45 та 1,93 рази ($p < 0,001$). Необхідно підкреслити, що окрім того, що їх вміст був суттєво меншим ніж у хворих загальноприйнятого лікування (відповідно, у 1,48, 1,76 і 1,53 рази), не простежувались вірогідні відмінності із практично здоровими особами, хоча зберігалась тенденція до їх підвищення.

Висновок: у хворих на ПВ ДПК із коморбідною ГХ спостерігається суттєве підвищення синтезу Лт та значна активація процесів пероксидації ліпідів. Загальноприйняте лікування хворих супроводжує вірогідна динаміка зниження вмісту ЛтВ4, ЛтС4 та МДА, проте найбільш суттєве зниження синтезу лейкотриєнів та активності пероксидації ліпідів спостерігається за умов використання комбінованого лікування.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АТЕРОГЕННОГО ІНДЕКСУ ПЛАЗМИ КРОВІ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ФАКТОРАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Валентинова І. А., Несен А. О., Шкапо В. Л.

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

Мета дослідження: визначити взаємозв'язок атерогенного індексу плазми крові (АПК) з метаболічними факторами серцево-судинного ризику у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи: у ретроспективне дослідження, за даними історій хвороб, увійшли результати обстеження 255 пацієнтів – 123 (48,2 %) жінок і 132 (51,8 %) чоловіків віком від 23 років до 79 років (середній вік $(59,39 \pm 1,09)$ років) з ГХ II-III стадії, які за АПК розподілено на дві групи: АПК $< 0,21$ од. ($n=129$) і АПК $> 0,21$ од. ($n=126$). Досліджували рівень показників ліпідного обміну, вміст холестерину (ХС) у складі не-ліпопротеїдів високої щільності (не-ЛПВЩ), та обчислювали величини ліпідних співвідношень. Визначався вміст глюкози та сечової кислоти (СК) в сироватці крові.

Результати: аналіз відмінностей показників ліпідного, вуглеводного і пуринового обмінів у хворих на ГХ залежно від величини АПК свідчить, що у разі АПК $> 0,21$ од. ліпідний спектр пацієнтів відрізняється підвищенням вмісту в крові ТГ ($p=0,0002$), ХС ЛПДНЩ ($p=0,0009$) і асоційованим з цими змінами збільшенням концентрації ХС не-ЛПВЩ ($p=0,027$). Відсутність вірогідних відмінностей між групами за рівнем ХС ЛПНЩ свідчить на користь асоціації ГТГ з наявністю в кровоплинні хворих з АПК $> 0,21$ од. дрібних щільних частинок ЛПНЩ. За величиною КА атерогенність сироватки крові пацієнтів з АПК $> 0,21$ од. є більш вираженою за рахунок порушень в системі зворотного транспорту ХС і системі ліпопротеїдліполізу, про що свідчить підвищення відповідних ліпідних співвідношень: $ЗХС/ХС$ ЛПВЩ ($p<0,0004$) та $ТГ/ХС$ ЛПВЩ ($p<0,0001$). Зміни ліпідного спектра крові у пацієнтів з величиною АПК $> 0,21$ од. поєднувалися з підвищенням вмісту глюкози в сироватці крові натще ($p=0,016$) за рахунок збільшення випадків ЦД 2 типу ($p=0,0139$), що асоціювалося з посиленням ІР. За рівнем СК групи пацієнтів не відрізнялись.

Висновки: асоціація АПК у хворих з атерогенною дисліпопротеїдемією, як фактором кардіоваскулярного ризику, реалізується через порушення в системі ліпопротеїдліполізу ТГ-вмісних ліпопротеїдів та системі зворотного транспорту холестерину. Асоціація АПК з гіперглікемією і змінами сироваткового вмісту сечової кислоти реалізується через такі метаболічні фактори, як ЦД 2 типу і підвищення рівня СК як у чоловіків, так і у жінок.

ВИВЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, ЩО СПРИЯЮТЬ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ

Васильєва О. О., Маркозова Л. М.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії й наркології НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Зростання алкоголізації працездатного населення України на теперішній час (І.К. Сосін, Я.Л. Гуревич, 2016; О.І. Мінко, 2016, 2018), і як слідство, його інвалідизації, ставить перед лікарями необхідність розробки нових підходів діагностики і лікування таких станів. За даними ВООЗ, в Україні (2015-2016 рр.) 30 % летальності припадає на осіб із алкогольною залежністю (АЗ). Україна займає п'яте місце в світі за вживанням алкоголю (А), друге – за смертністю [m.wikipedia.org].

Мета: вивчити вплив препаратів когнуму-500 та церегліа в комплексній корекції (КК) когнітивних розладів у осіб із АЗ.

Методи: огляд нарколога, невролога, тест "AUDIT", шкали Derogatis, Гамільтона, Шульте, MMSE, анкета якості життя (J.E. Mezzich et al), реєстрація ЕЕГ, міографії, МРТ головного мозку, лабораторні дослідження. Проведено лонгітудинальне дослідження осіб чоловічої статі (n=60) середнім віком ($48,6 \pm 0,4$ р.) з АЗ та сформованою енцефалополінейропатією алкогольного генезу (АГ), які вживали А протягом тривалого часу, перебували на лікуванні в наркологічному відділенні і на диспансерному обліку протягом 5-10 років. В комплексній терапії хворі отримували когнум (1000 мг/добу) або церегліа (1200 мг/добу) за призначенням.

Результати: виявлені наступні патологічні порушення: наявність виразної астенії, хронічного токсичного гепатопанкреатиту, кардіоміопатії АГ, хронічної пневмонії чи іншої патології легень, наявність кожних та венерологічних захворювань в анамнезі; в неврологічному статусі превалювали ознаки алкогольної енцефалопатії (АЕП) з вестибуло-атактичними, лікворно-гіпертензійними синдромами та алкогольної полінейропатії АГ з гіпотрофічно-паралітичними ураженнями нижніх кінцівок; в психопатологічній картині – наявність афективних розладів, особових переживань, значних когнітивних порушень у вигляді деменції АГ зі стійким зниженням пізнавальної діяльності, пам'яті, що корелювало з даними інструментальних досліджень, де реєструвались значні порушення електрогенезу головного мозку, атрофія кори великих півкуль та мозочка, порушення провідності імпульсів з нервів нижніх кінцівок.

Таким чином, застосування в КК препаратів ноотропної та нейропротекторної дії – когнуму/церегліа сприяло відновленню когнітивних функцій, формуванню адаптивних можливостей, покращенню якості життя та запобіганню швидкому розвитку значних інтелектуальних вад, інвалідизації та порушенню соціальної активності осіб із АЗ.

ВИЗНАЧЕННЯ НУКЛЕАРНОГО АНТИГЕНУ ВІРУСУ ЕПШТЕЙН-БАРР ЯК ФАКТОРУ РИЗИКУ В ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Вдовіченко Н. І., * Коляда О. М., Скляр А. І.

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

м. Харків, Україна

**Харківський національний медичний університет МОЗ України,*

м. Харків, Україна

Мета: виявити особливості вмісту імуноглобулінів класу G (IgG) до нуклеарного антигену (EBNA1) вірусу Епштейн-Барр (ВЕБ) у сироватці крові пацієнтів з розсіяним склерозом в залежності від типу перебігу розсіяного склерозу (РС).

Матеріали і методи: в дослідженні приймали участь 57 пацієнтів з рецидивно-ремітуючим типом РС (PPPC) та 20 – з прогресуючим типом РС (ПРС). Визначення кількості та фенотипу лімфоцитів периферичної крові проводили з використанням імунофлюоресцентних моноклональних антитіл до CD3, CD4, CD8, CD16 та CD22. Оцінку вмісту anti-EBNA1 IgG у сироватці крові здійснювали методом імуноферментного аналізу (ІФА) («Vitrotest EBNA-IgG», Україна). Визначення циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) в сироватці крові проводили методом селективної преципітації комплексів антигенів 3,5% розчином поліетиленгліколю (м. м. 6000) (AppliChem GmbH, Німеччина). Вміст лімфоцитотоксичних аутоантитіл визначали за допомогою лімфоцитотоксичного макротесту (ЛЦТ). Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням програми STATISTICA 11.0 (Stat Soft, Inc).

Результати: між досліджуваними групами PPPC та ПРС виявлено достовірні відмінності за рівнями IgG до EBNA1. У пацієнтів з ПРС з неухильним прогресуванням підвищений рівень IgG до EBNA1 супроводжувався високими рівнями ЦІК, ЛЦТ та зниженою відносною кількістю CD3+, а також CD8+ та CD16+, що може вказувати на зв'язок з реактивацією вірусу у контексті зниженої кількості цих субпопуляцій лімфоцитів. Також у даної когорти пацієнтів спостерігалася стійка прозапальна активація гуморальної ланки імунітету, про що свідчили підвищені рівні ЦІК та ЛЦТ.

Висновок: визначення титрів IgG до EBNA1 може мати прогностичне значення для перебігу захворювання та корекції терапії хворих на РС.

**ВПЛИВ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ
НА ФІБРИНОЛІТИЧНУ АКТИВНІСТЬ КРОВІ У ХВОРИХ
НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ
КИШКИ З УРАХУВАННЯМ ТОКСИГЕННОСТІ ШТАМІВ**

Вівсянник В. В., Буздуган І. О.

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб,
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна*

Мета роботи: дослідити вплив антихелікобактерної терапії на фібринолітичну активність крові при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи: обстежено 60 осіб (10 пацієнтів із ПВШ та ДПК (CagA+VacA+) (група 1); 10 пацієнтів із ПВШ та ДПК (CagA+VacA-) (група 2); 10 пацієнтів із ПВШ та ДПК (CagA-VacA+) (група 3)). Семи хворим проведена базисна терапія (езомепразол 40 мг по 1 капсулі двічі на день, амоксицилін 1000 мг по 1 таблетці двічі на день, кларитроміцин 500 мг по 1 таблетці двічі на день, препарат вісмуту 350 мг по 1 таблетці двічі на день). Для підвищення ерадикації *H. pylori* застосовували пробіотики (*Lactobacterium*, *Bifidobacterium*). Фібринолітичну активність визначали методом О.Л. Кухарчука, оцінюючи лізис азофібрину (фібрину) із використанням набору фірми Danish Ltd. (Львів). Штами *H. pylori* CagA, VacA та її алельні форми s-регіону (s1 або s2) та m-регіону (m1 або m2) у біоптатах визначали за допомогою ПЛР із використанням наборів реагентів «Хелікопол» («Літех», Росія).

Результати: у хворих на ПВШ та ДПК з урахуванням штамів CagA+ та VacA+, установили порушення фібринолітичної активності. А саме, у хворих на ПВШ та ДПК CagA+VacA+ вміст СФА становив $(0,90 \pm 0,11)$, НФА – $(0,77 \pm 0,14)$, ФФА – $(1,67 \pm 0,26)$; у групі хворих на ПВШ та ДПК у наявності CagA+ дані показники становили $(0,95 \pm 0,11)$, $(0,85 \pm 0,15)$, $(1,57 \pm 0,31)$ та у групі хворих із наявністю VacA+ – $(0,97 \pm 0,13)$, $(0,95 \pm 0,05)$, $(1,40 \pm 0,33)$ відповідно. Після запропонованого лікування, у першій групі показники становили $(0,90 \pm 0,11)$, $(0,77 \pm 0,14)$, $(1,67 \pm 0,26)$, у другій – $(0,95 \pm 0,11)$, $(0,85 \pm 0,15)$, $(1,57 \pm 0,31)$, у третій – $(0,97 \pm 0,13)$, $(0,95 \pm 0,05)$, $(1,40 \pm 0,33)$.

Висновок: використання антихелікобактерної терапії у поєднанні з комбінованим пробіотиком у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки з урахуванням токсигенності штамів покращує фібринолітичний стан крові.

НОВІ ПІДХОДИ ЩОДО КІНЕЗІОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРИТОМ

Волошина О. Б., Балашова І. В., Дукова О. Р., Лисий І. С.

Одеський національний медичний університет,

м. Одеса, Україна

Актуальність питання терапії та реабілітації хворих на остеоартрит не викликає сумніву. Значна розповсюдженість патології, високій рівень інвалідизації та проблеми ефективного контролю над больовим синдромом залишають остеоартрит у полі зору спеціалістів широкого кола. Важливими є завдання підвищення ефективності лікування та реабілітації, покращення якості життя зазначеного контингенту хворих.

Мета: підвищення ефективності лікування та реабілітації хворих на остеоартрит великих суглобів.

Матеріал і методи. під нашим спостереженням знаходилось 86 пацієнтів віком від 36 до 68 років хворих на остеоартрит великих суглобів. Гонартрит було діагностовано у 58 (60,4 %) пацієнтів, з них моноартрит колінного суглоба – у 32 (37,2 %) хворих, остеоартрит обох колінних суглобів, відповідно, – в 28 (32,6 %) спостереженнях. Остеоартрит кульшових суглобів мав місце у 28 (32,6 %) пацієнтів, з них коксартрит одного суглоба було діагностовано у 25 (29,1 %) хворих.

Всіх пацієнтів було обстежено за загально прийнятими методиками. Залежно від виду кінезіотерапії, що входила до складу лікувально-реабілітаційних комплексів (ЛРК) хворих було поділено на дві групи. В першу групу увійшло 42 пацієнти, що отримали ЛРК №1, в якості кінезіотерапії – стандартні вправи лікувальної фізичної культури. В другу групу увійшло 44 хворих (ЛРК № 2), що отримали комбіновану кінезіотерапію за методикою Євмінова. Пацієнти обох груп отримали магнітотерапію за загально прийнятою методикою та аплікації з бішофітом на ділянку ураженого суглоба.

Результати: аналіз результатів проведеного дослідження показав переваги ЛРК № 2. У пацієнтів другої групи відмічали більш вірогідне зменшення больового синдрому, покращення функціонального стану суглобів та рухової активності пацієнтів. Так зменшення больового індексу у пацієнтів другої групи відбулося в 1,8 рази, індексу Лекена в 1,6 рази, тоді як у пацієнтів першої групи (ЛРК № 1), відповідно, лише в 1,2 рази ($p < 0,05$). Ефективність лікування у пацієнтів другої групи була вище на 32,5 %, порівняно з ефективністю лікування пацієнтів першої групи ($p < 0,05$).

Висновки: таким чином, застосування комбінованої кінезіотерапії у комплексному лікуванні пацієнтів хворих на остеоартрит сприяє покращенню функціонального стану суглоба та рухової активності пацієнтів, зменшує прояви больового синдрому та підвищує ефективність лікування зазначеного контингенту хворих.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКУ В РІЗНОМУ ВІЦІ

Гайдар Ю. А., Милостива Д. Ф.

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

Мета: дослідити морфологічні особливості протікання хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗЗК) в різному віці.

Матеріали і методи: для виготовлення парафінових гістологічних препаратів матеріал фіксувався у 10% розчині нейтрального формаліну, зневоднювався у спиртах висхідної концентрації та заливався у парафін. Отримані зрізи товщиною 5-7 мкм фарбувались гематоксилін-еозином, для вивчення загальної гістологічної структури слизової оболонки. Проводили напівкількісну оцінку загострення хронічного запалення слизової оболонки (СО) товстої кишки, яке оцінювали за щільністю лейкоцитів та еозинофілів в стромі та епітелію (крипт-абцеси) СО. Хронічну форму оцінювали за щільністю лімфоцитів, плазматичних клітин та лімфатичних фолікулів. Відмічали наявність чи відсутність алергічного компоненту запалення (еозинофілів). Ступінь атрофічних змін характеризувався 3-ма стадіями: 1 стадія – легка атрофія (зменшення кількості крипт на 30%), 2 стадія – середня атрофія (зменшення кількості крипт на 50%), 3 стадія – виражена атрофія (зменшення кількості крипт більш ніж на 70%). Хворі були розподілені за віком: молодий вік – 38 хворих, середній вік – 14 хворих та похилий вік – 9 хворих.

Результати: при проведенні гістологічних досліджень СО товстої кишки у хворих на хронічні ХЗЗК, відмічалось, що основну групу складали пацієнти молодого віку. При неспецифічному виразковому коліті (НВК) спостерігалась деформація крипт, розширення їх просвітів і заповнення слизом, гіперплазія келихоподібних клітин, невелика кількість виразок, що епітелізуються, виражена запальна інфільтрація переважно базального відділу власної пластини СО лімфоцитами, плазмоцитами і поодинокими нейтрофілами. У 87,5% випадках НВК у молодому віці при мікроскопічному дослідженні було відмічені збереження конфігурації крипт. Також збереження архітекτονіки крипт відмічалось майже у всіх молодих пацієнтах з хворобою Крона (ХК). В середньому віці збереженість архітекτονіки крипт відмічалась в 100% хворих при НВК та ХК, а у похилому віці – у 75,0% з НВК, та в 100% при ХК. Наявність крипт-абцесів відмічалась лише при НВК. Поодинокі крипт-абцеси у хворих молодого віку зустрічались в 34,4 % випадків (11 пацієнтів), а множинні – у 31,2% хворих.

Висновок: серед хворих на ХЗЗК основну частину складали молоді пацієнти. Відмінності НВК в молодому віці є помірна гістологічна активність. В групі пацієнтів молодого віку з ХК гістологічна активність рівномірно розподілена за 3 ступенями.

МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА АХАЛАЗІЮ КАРДІЇ

Гайдар Ю. А., Пролом Н. В., Милостива Д. Ф.

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

Мета: оцінити стан слизової оболонки стравоходу у хворих з ахалазією різного ступеня.

Матеріали і методи: матеріалом для вивчення структурних змін слизової оболонки стали біоптати зі стравоходу у 15 пацієнтів. Хворі були розподілені на дві групи: в першу групу увійшли пацієнти з I-II ступеню ахалазії (n=5), в другу – з III-IV ступеню ахалазії (n=10). Отриманий матеріал фіксували в 10% нейтральному формаліні, проводили через низку спиртів і заливали в парафінові блоки. Гістологічні зрізи отримували за допомогою ротаційного мікротому. Після депарафінізації зрізи фарбували за гематоксилін-еозином, а також ШИФ-реактивом. Оцінку стану слизової оболонки досліджували за допомогою світлового мікроскопу XSZ-21. На гістологічних зрізах стравоходу оцінювалась за критеріями F. Ismail-Beigi в модифікації K.L. Neilmann (1987): висота базального шару епітелію, глибина сосочків, якість та інтенсивність запалення, наявність ерозій. Інтенсивність запалення оцінювали за допомогою напівкількісного методу за системою балів: 0 балів – відсутність ознаки, 1 бал – ознака слабо виражена, 2 бали – ознака виражена помірно, 3 бали – ознака різко виражена.

Результати: при ахалазії I-II ступеня потовщення базального шару епітелію спостерігали у більшості випадків (60,0% випадків). При ахалазії III-IV ступеня в 54,6% випадків визначалось потовщення епітелію. 2 ступінь відмічається в 9,1% випадків (1 пацієнт). Відсутність потовщення базального шару у пацієнтів I-II ступеня ахалазії складало 40,0% випадків (2 пацієнта), а з III-IV ступеню ахалазії – 27,3% (3 пацієнта). Подовження сосочків (1 бал) при ахалазії I-II ступеня складала 60,0% (3 пацієнта). При III-IV ступеня ахалазії – 54,6% (6 пацієнтів) – 1 бал; 2 бали – 1 пацієнт (9,1%). Відсутність подовження сосочків в 1 групі складала 40,0% (2 пацієнта), в 2 групі – 27,3% (3 пацієнта). Езофагіт 1 ступеня в групі I-II ступеня ахалазії складав 20,0% (1 пацієнт). В групі III-IV ступеня ахалазії у 45,5% (5 пацієнтів) відмічалась 1 ступінь езофагіту, у 18,2% випадків (2 пацієнта) була 2 ступінь езофагіту. Відсутність езофагіту відмічалась в 40% випадків при ахалазії I-II ступеня та в 27,3% випадків – при III-IV ступені ахалазії.

Висновок: у пацієнтів з III-IV стадією ахалазії кардії більш виражені морфологічні ознаки хронічного езофагіту у порівнянні з хворими I-II стадії ахалазії.

СТАН СЕКРЕЦІЇ ТА ТИСК СФІНКТЕРІВ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З КИЛОЮ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Галінський О. О., Пролом Н. В., Тарабаров С. О., Руденко А. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,

м. Дніпро, Україна

Мета: визначити особливості стану секреції слизової оболонки шлунка та тиску в нижньому стравохідному і пілоричному сфінктері у пацієнтів з килою стравохідного отвору діафрагми.

Матеріали і методи: дослідження проведено у 35 хворих з килою стравохідного отвору діафрагми (КСОД). Тиск сфінктерів езофагогастроудоденальної зони вимірювали за допомогою пневмобалонну під ендоскопічним контролем. Показники тиску в мм рт. ст. розраховувались як відносна величина піку тиску при проходженні балону через зону сфінктера в напрямку знизу в гору за виключенням фонового рівня в нижче розташованому відділі травного каналу. Використовували датчик УТАН (DPT-248A), під'єднаний з блоком обробки сигналів перетворювача МНХ-01. Шлунковий сік збирали під час ендоскопічного дослідження та визначали його кислотність за допомогою лабораторного рН-метру.

Результати: показники тиску при проходженні нижнього стравохідного сфінктеру у досліджуваних пацієнтів з КСОД в середньому складали $(13,5 \pm 3,6)$ мм рт.ст., тоді як при проходженні пілоричного сфінктеру $(32,6 \pm 3,3)$ мм рт.ст., що було більше на 41,5% ($p < 0,05$). Пацієнти з співвідношенням тиску пілоричного сфінктера до тиску нижнього стравохідного сфінктера більше 1 склали 87% вибірки, серед них у 45% випадків шлунковий сік був гіперацидний ($pH < 2$), в 23% – ацидний ($pH\ 2,1-4,0$), 32% – гіпо- та анацидний ($pH > 4,1$). Базуючись на літературних даних, що зв'язують гіперпродукцію водневих йонів слизовою оболонкою шлунка за умов гіперіннервації блукаючим нервом і на результатах ваготомії при стенозах вихідного отвору шлунка, можна зробити припущення щодо присутності в ряді випадків механічного подразнення провідних шляхів блукаючого нерву в наслідок патологічної транспозиції стінок стравоходу та, як наслідок, розвитку вагусної еферентної гіперстимуляції гастродуоденальної зони.

Висновок: виявлено зростання тонуусу пілоричного сфінктеру у 87% пацієнтів з КСОД, підтверджує участь впливу ланки парасимпатичної нервової системи в патогенезі КСОД. Уточнення даної гіпотези потребує проведення подальших досліджень з використанням функціональних проб.

ПІДГОТОВКА ЗРАЗКІВ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСНОВНИХ ФІЛОТИПІВ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ МЕТОДОМ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ (ПЛР)

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

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

Мета дослідження - підбір і апробація способу виділення мікробної ДНК зі зразків калу і оцінка його впливу на ефективність детекції основних філотипів кишкової мікробіоти методом ПЛР в реальному часі.

Матеріали і методи: визначення складу кишкової мікробіоти на рівні основних філотипів проводили шляхом ідентифікації загальної бактеріальної ДНК і ДНК Bacteroidetes, Firmicutes і Actinobacteria методом ПЛР в реальному часі з використанням універсальних праймерів для гена 16S рРНК і таксон-специфічних праймерів (Bacchetti De Gregoris T., 2011).

ДНК екстрагували з 400 мг калу (n=15) з використанням набору реактивів «Ribo-prep nucleic acid extraction kit» (AmpliSens) в двох режимах пробопідготовки: пряма екстракція і з використанням дезінтегратора при 1500 об/хв. - 4 хв.). Концентрацію ДНК в екстрактах вимірювали за допомогою флуорометру Qubit 3 з використанням набору реактивів Qubit dsDNA HS Assay Kits («ThermoFisherScientific»). ПЛР проводили з використанням Системи детекції продуктів ПЛР в реальному часі CFX96 Touch (Bio-Rad). Ряди порівнювали за критерієм Уїлкоксона.

Результати: концентрація ДНК, екстрагованої з калу при використанні стадії попередньої дезінтеграції, була достовірно вище, ніж без неї і становила ($22,06 \pm 1,7$) нг/мкл проти ($9,83 \pm 2,4$) нг/мкл ($Z=2,507$, $p=0,014$). Однак, це не вплинуло на результати детекції основних філотипів кишкової мікробіоти методом ПЛР. Результати ПЛР-досліджень, оцінені за відсотковим вмістом в калі представників основних філотипів кишкової мікробіоти, не виявили вірогідних відмінностей при використанні обох варіантів пробопідготовки як для Bacteroidetes ($Z=1,677$, $p=0,111$), так і для Firmicutes ($Z=1,459$, $p=0,138$) та Actinobacteria ($Z=2,069$, $p=0,096$).

Висновок: використання набору реактивів «Ribo-prep nucleic acid extraction kit» (AmpliSens) зі застосуванням дезінтегратора підвищує вихід екстрагованої ДНК порівняно з процедурою прямої екстракції, але не впливає суттєво на кількісне визначення мікробіоти на рівні основних філотипів методом ПЛР в реальному часі.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ В КАНДИДАТНИХ ГЕНЕТИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Гальчінська В. Ю., Щенявська О. М.

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

Мета: оцінити можливості використання програми SNPStats для статистичного аналізу результатів кандидатних генетико-епідеміологічних досліджень

Матеріали и методи: для статистичного аналізу результатів кандидатних генетико-епідеміологічних досліджень використовували програму SNPStats, яка знаходиться у відкритому доступі за посиланням: <http://bioinfo.iconcologia.net/SNPstats>.

Результати: програма дозволяє проводити розрахунок сукупного генетичного ризику розвитку захворювання, порівнюючи групи за п'ятьма можливими моделями успадкування (кодомінантній, домінантній, рецесивній, наддомінантній і лог-адитивній) та вносити поправки щодо впливу супутніх чинників як безумовних (стать, вік), так і тих що модифікуються.

Використання домінантної моделі передбачає, що для зміни генетичного ризику досить наявності хоча б однієї варіантної алелі, при застосуванні рецесивної моделі для цього потрібні обидві варіантні алелі. При наддомінантній передбачається, що наявність обох алелей змінює ризик в порівнянні з двома референтними або двома варіантними, при кодомінантній - що кожен генотип може змінювати ризик незалежно від інших (неадитивно), а при лог-адитивній - що кожна варіантна алель змінює ризик в адитивній манері (тобто носійство двох варіантних алелей збільшує ризик виникнення захворювання в порівнянні з однією). Найбільш ймовірна для кожного конкретного генного поліморфізму модель успадкування має найменше значення інформаційного критерію Акаїке, що також обчислюється даною програмою.

За допомогою програми розраховували рівновагу Харді-Вайнберга, що відображає частотний розподіл алелей в досліджуваній популяції, і необхідне для контролю якості генотипування.

Окрім того використання програми дозволяє розраховувати модифікатори ризику як для окремих генних поліморфізмів, так і для їх поєднань (гаплотипів).

Висновок: SNPStats надає можливість обчислення генетичного ризику для носіїв генотипу цільового поліморфного маркера по відношенню до середнього ризику виникнення захворювання в популяції та може бути успішно використана для верифікації результатів генетико-епідеміологічних досліджень і патофізіологічних гіпотез.

СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ УРАЖЕННІ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

Гончаров О. В.

*Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна*

Важливими маркерами, які визначають прогноз у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, є ознаки ураження органів-мішеней (ОМ). У декількох дослідженнях показано взаємозв'язок між різними запальними молекулами, ендотеліальною дисфункцією і наявністю ураження ОМ у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ). Одним з загальновизнаних маркерів запального компоненту ендотеліальної дисфункції є дослідження міжклітинної адгезивної молекули-1 (sICAM-1) у сироватці крові.

Мета: визначення особливостей ендотеліальної дисфункції у хворих на ГХ в залежності від кількості уражених органів-мішеней.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 73 хворих на ГХ II стадії без клінічно значущої супутньої патології. Серед обстежених було 47 жінок і 26 чоловіків, у віці від 31 до 76 років (середній вік $53,8 \pm 1,5$ років). Для верифікації ураження ОМ (серце, нирки, судини) всім пацієнтам проведено ехокардіографію, дослідження рівня добової мікроальбумінурії та визначення товщини інтимо-медіального сегменту загальних сонних артерій. У всіх хворих досліджували рівень sICAM-1 у сироватці крові імуноферментним методом.

У залежності від кількості уражених ОМ хворі були розподілені на 3 групи: 1-шу склали 12 хворих з ознаками ураження одного ОМ, 2-у – 36 хворих з ураженням двох ОМ, 3-ю – 25 хворих з наявністю ознак ураження трьох ОМ.

Результати: результати нашого дослідження показали, що при збільшенні кількості уражених ОМ спостерігається прогресуюче підвищення рівня sICAM-1 у сироватці крові. Так, у 2-й та 3-й групі рівень sICAM-1 у сироватці крові був достовірно вищим, ніж у першій на 26,4% і 57,3% відповідно. Аналіз кореляційного взаємозв'язку sICAM-1 з маркерами ураження ОМ показав наявність достовірного прямо-пропорційного зв'язку з індексом маси міокарда лівого шлуночка ($r=0,36$), добовою мікроальбумінурією ($r=0,32$) і товщиною інтимо-медіального сегменту загальної сонної артерії ($r=0,58$).

Висновок: зі збільшенням кількості уражених органів-мішеней при гіпертонічній хворобі II стадії спостерігаються більш виражені порушення функції судинного ендотелію, які характеризуються прогресивним підвищенням рівня sICAM-1 у сироватці крові. Рівень sICAM-1 має достовірний позитивний кореляційний зв'язок з індексом маси міокарда лівого шлуночка, добовою мікроальбумінурією і товщиною інтимо-медіального сегменту загальної сонної артерії.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. БЕЛГОРОДА

Гордиенко Ю. А., Рагимова Ф. А., Камышникова Л. А.

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Артериальная гипертензия – самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, которое в последние годы стремительно «молодеет», сегодня оно является болезнью уже не только людей пожилого возраста, но зачастую встречается у беременных и подростков. Многие больные с артериальной гипертензией, не обращающиеся за медицинской помощью или попросту игнорирующие рекомендации врача и не получающие постоянного лечения, рискуют получить тяжелые осложнения данной патологии: инсульт, инфаркт миокарда и сердечную недостаточность.

Цель исследования: выявить особенности динамики показателей периферического артериального давления (АД) у лиц разных возрастных групп и пола. В соответствии с принятой классификацией возрастных периодов обследованные были разделены на 5 групп: лица в возрасте 18 – 29 лет, 30–59 лет, 60–74 лет, 75–89, 90 лет и более.

Материалы и методы: Проведено обследование взрослого населения г. Белгорода 780 человек на базе поликлиник г. Белгорода. Всем было проведено измерение АД. Женщины составляли 64,8%, мужчины – 35,2%.

Результаты. У мужчин от 18 до 29 лет медиана систолического АД равна 117 мм рт. ст. Группа лиц с 30 до 59 лет очень неоднородна, поэтому мы ее разделили на 2 подгруппы. Мужчины с 30 до 40 лет имеют систолическое АД 122 мм рт. ст., с 40 до 59 лет – систолическое АД повышается до 132 мм рт. ст. Затем на протяжении всего пожилого возраста наблюдается подъем уровня систолического АД, который завершается в период старости. В этот период времени систолическое АД достигает 145 мм рт. ст. В целом на протяжении жизни от 18 до 74 лет уровень систолического АД вырос на 28 мм рт. ст. Таким образом, систолическое АД мужчин имеет возрастное повышение, продолжающееся до конца пожилого возраста. У женщин ситуация другая, в группе с 18 до 29 лет уровень систолического АД остается на уровне 111 мм рт. ст., что на 6 мм рт. ст. меньше, чем у мужчин. Начиная с 30 лет, систолическое АД постепенно повышается, достигая максимального уровня среди женщин 55 лет и доходя до 148 мм рт. ст. В группе лиц от 60 до 74 лет отмечается снижение систолического АД до 142 мм рт. ст. В старческом возрасте среди женщин имеется медленное снижение АД до 139 мм рт. ст.

Таким образом, АД у мужчин имеет четкое линейное «возраст-зависимое» повышение, продолжающееся до конца пожилого возраста. У женщин выражена нелинейность процесса, более низкий уровень АД в молодом возрасте и зрелом возрасте, более высокий в пожилом.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФРАКЦІЇ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Гріднева О. В., Кравчун П. Г.

*Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої
медицини №2, клінічної імунології та алергології імені академіка
Л. Т. Малої, м. Харків, Україна*

Актуальність: хронічна серцева недостатність (ХСН) є комплексним клінічним синдромом, що виникає внаслідок структурного або функціонального порушення наповнення шлуночків, що призводить до нездатності забезпечити достатню подачу кисню до тканин. Це захворювання є поширеним як в Україні, так і в світі з великою літальністю. Основним із багатьох факторів ризику розвитку ХСН є ожиріння, яке посилює розвиток систолічної дисфункції серця.

Мета: проаналізувати здатність міокарду лівого шлуночка до скорочення у хворих на ХСН в залежності від наявності супутнього ожиріння.

Матеріали та методи: було обстежено 100 хворих із ХСН, що виникла на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС), з них 65 хворих із супутнім ожирінням. Оцінювання скорочувальної функції міокарду лівого шлуночка проводилася за допомогою Ехо-КГ. Оцінку відмінностей між групами при розподіли, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Розрахунки математичної моделі виконано за допомогою модуля Logistic Regression з пакета прикладних програм Statistica for Windows 8.0. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати дослідження: у хворих із ХСН та супутнім ожирінням частіше спостерігалась систолічна дисфункція [ФВЛШ $\leq 40\%$ (40%), ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла (18%) ($\chi^2 = 11,753$; $p < 0,001$)], середня ФВЛШ (40-49%) була виявлена у 31% пацієнтів, що страждають на ожиріння, проти 51% хворих з нормальною масою тіла ($\chi^2 = 8,268$; $p < 0,005$), а також у 29% хворих із супутнім ожирінням проти 31% хворих була встановлена збережена ФВЛШ ($\geq 50\%$) [$\chi^2 = 8,360$; $p < 0,005$].

Враховуючи отримані дані доведено, що у хворих з ХСН та супутнім ожирінням частіше спостерігалась систолічна дисфункція лівого шлуночка, ніж у хворих з нормальною масою тіла, що призводило до зниження толерантності до фізичних навантажень.

Висновки: таким чином порушення скоротливої здатності міокарда, зокрема, знижена фракція викиду лівого шлуночка, частіше спостерігається у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю, що страждають на супутнє ожиріння, ніж у хворих з нормальною масою тіла.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Гуйда П. П.

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

У больных злокачественными опухолями нередко развиваются различные варианты паранеопластического склеродермического синдрома (ПСС), а также типичная системная склеродермия (ССД). В то же время при ССД могут развиваться злокачественные новообразования – рак лёгких, желудка матки, молочной железы, яичников.

Среди наблюдаемых нами 649 больных ССД развитие злокачественных новообразований выявлено у 7, из них у 5 – рак лёгких и у 2 – рак яичника.

Развитие ПСС и ССД у больных злокачественными новообразованиями, а также возможность возникновения злокачественных опухолей на фоне ССД, свидетельствует об определённой взаимосвязи между ССД и опухолевым процессом, обусловленной, вероятно, сходством этиопатогенетических факторов. Подтверждением этому может служить следующее наше наблюдение.

Больная К., 52 лет, наблюдалась нами с 1985 г. ССД развивалась на фоне рака правой молочной железы (мастэктомия в 1978 г.). Заболевание началось с явлений синдрома Рейно, в дальнейшем присоединились поражение кожи (диффузное уплотнение, гиперпигментация, телеангиэктазии, трофические нарушения), локомоторного аппарата (деформация суставов, контрактуры, анкилозы, остеолиз ногтевых фаланг пальцев кистей), кальциноз мягких тканей, пневмосклероз, кардиосклероз, склеродермическое поражение пищевода. Больной систематически проводилась терапия унитиолом, противовоспалительными и сосудорасширяющими средствами, антагонистами кальция, дезагрегантами. Глюкокортикостероиды и иммуносупрессоры не применялись. В 1991 г. у больной был выявлен рак правого лёгкого, который развился на фоне ССД и послуживший причиной смерти больной через 2 года.

Возможность подобной взаимосвязи необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики между ССД и склеродермоподобными состояниями.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УНИТИОЛА В РЕВМАТОЛОГИИ

Гуйда П. П.

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

Унитиол (2, 3-димеркаптопропансульфонат натрия) был синтезирован в 1950 г. в Украинском НИИ санитарной химии В.Е. Петрунькиным и использовался в качестве антидота при отравлениях хромом, мышьяком, ртутью, свинцом, кобальтом, эмбитолом.

В настоящее время препарат успешно применяется для лечения более 40 заболеваний и синдромов, в частности постинфарктного кардиосклероза, нарушений ритма сердца, церебрального атеросклероза, вибрационной болезни, дерматозов, шизофрении, алкогольного делирия, циррозов печени и др.

В 1967 г. профессором А.А. Дубинским впервые было предложено применение унитиола при ревматоидном артрите (РА). Нами предложен и разработан метод лечения системной склеродермии (ССД) унитиолом, назначаемым в качестве единственного лекарственного средства и в комплексе с другими общепринятыми препаратами. Полученные результаты клинического изучения, лабораторных и морфологических исследований подтвердили исходное предположение о положительном влиянии унитиола на нарушенный обмен коллагена у больных ССД, а также показали, что препарат обладает четким противовоспалительным и в какой-то мере выраженным иммуносупрессивным действием. Унитиол способствует также нормализации гормонального (эстрогенового) профиля, нарушения которого играют несомненную роль в этиопатогенезе ССД.

Наши многолетние (в течение 50 лет) наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности унитиола и отсутствии серьезных побочных явлений, даже при многолетнем применении.

В настоящее время нами унитиол широко применяется для лечения РА, болезни Бехтерева, болезни Стилла, ССД, очаговой склеродермии, диффузного эозинофильного фасциита, склеродемы Бушке, синдрома Шегрена, синдрома Рейно, локализованного системного фиброза.

Лечение унитиолом проводится повторными курсами по 5-10 мл 5% раствора внутримышечно ежедневно в течение 30-40 дней. Повторные курсы назначаются через 4-6 месяцев. Нами также разработан и успешно применяется для лечения ревматических болезней метод суперэлектрофореза унитиола с димексидом (20-25 сеансов, проводимых ежедневно).

СИНДРОМНАЯ ТЕРАПИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гуйда П. П.

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

Системная склеродермия (ССД) – прогрессирующее полисиндромное заболевание с характерным поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и распространёнными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно. В основе заболевания лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и сосудистая патология в виде облитерирующего эндартериита, что обуславливает поражение практически всех органов и систем.

Основу терапии ССД составляют лекарственные средства, воздействующие на отдельные звенья патогенеза: антифиброзные, сосудистые, противовоспалительные.

Из антифиброзных средств нами используется унитиол, обладающий выраженным антифиброзным свойством, а также противовоспалительным и иммуносупрессивным действием. Для уменьшения сосудистых нарушений и улучшения микроциркуляции нами применяются вазодилататоры, включающие прежде всего антагонисты кальция, дезагреганты и антикоагулянты. К противовоспалительным средствам, назначаемым больным ССД, относятся нестероидные противовоспалительные средства, аминохинолиновые производные, глюкокортикостероиды.

Синдромная терапия проводится на фоне назначения патогенетических средств. Так, тяжелая кардиальная патология с наличием сердечной недостаточности предусматривает применение сердечных гликозидов, диуретиков, средств метаболической защиты миокарда, средств, улучшающих коронарное кровообращение. У больных со склеродермическим поражением пищеварительного тракта для улучшения моторики показан метоклопрамид (церукал), а для лечения желудочных и дуоденальных язв нами успешно применяется антигеликобактерная терапия. Основу базисной терапии склеродермического поражения почек составляет унитиол. Наряду с этим показано раннее назначение антагонистов кальция, антигипертензивных препаратов (прежде всего ингибиторов АПФ), вазодилататоров, дезагрегантов, противовоспалительных средств.

Подобное сочетание патогенетических средств и средств синдромной терапии значительно повышает эффективность лечения и качество жизни больных, продлевая на многие годы их жизнь.

ЧАСТОТА ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Демешкіна Л. В., Петішко О. П., Бочаров Г. І., Ярош В. М.,
Васильєва І. О., Сімонова О. В.

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

Мета: дослідити частоту тривожних та депресивних змін у хворих на атрофічним гастритом

Матеріали та методи: в обстеження включені 43 хворих на хронічний атрофічний гастрит. Усім хворим проводилася езофагогастро-дуоденоскопія з забором біопсійного матеріалу для вивчення наявності атрофії, кишкової метаплазії та дисплазії. Для вивчення тривоги та депресії була використана шкала HADS («The hospital Anxiety and Depression Scale»). Результати тестування трактувалися наступним чином: якщо пацієнт за даними анкетування набирив 0-7 балів за шкалами депресії або тривоги, то це трактувалося як норма, 8-10 балів – як субклінічно виражена депресія або тривога, 11 балів і вище – клінічно виражена депресія або тривога.

Результати: встановлено, що тривога спостерігається у 42,9% обстежених хворих, в тому числі субклінічно виражена – у 25,6% пацієнтів і клінічно виражена – у 16,3%. В той час, як депресія була виявлена у значно меншій кількості проанкетованих – лише у 23,3% обстежених, а клінічно виражена депресія – у 11,6% пацієнтів. У 51,2% обстежених хворих виявлені депресивні і/або тривожні зміни різного ступеня вираженості, які поєднуються у 14,0% випадках, що негативно впливало на перебіг захворювання. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між показниками депресії та вегетативним дисбалансом ($r=0,415$, $p=0,006$), а також між рівнем тривоги та віком хворих ($r=0,307$, $p=0,046$), що свідчить про зростання рівня тривоги зі збільшенням віку і частим перебігом депресивних змін на тлі вегетативних порушень.

Висновок: у 51,2% виявлені депресивні і/або тривожні зміни різного ступеня вираженості, які у 14,0% сполучалися. Клінічно виражена тривога та депресія були виявлені у 16,3% та 11,6%, відповідно, що потребують відповідної психокорегуючої терапії.

РІВЕНЬ РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Демешкіна Л. В., Петішко О. П., Шевцова О. М., Птушкіна Д. О.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета: вивчити рівень реактивної та особистої тривожності у хворих на хронічний атрофічний гастрит.

Матеріали та методи: в обстеження включені 42 хворих на хронічний атрофічний гастрит. Використано тест, розроблений Ч. Д. Спілбергером і адаптований Ю. Л. Ханіним для самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). За допомогою даної методики можна визначити рівень ситуативної/реактивної тривожності (СТ) особи в умовах складної психологічної ситуації та рівень особової / персональної / особистісної тривожності (ПТ), як індивідуальної риси пацієнта, яка не залежить на момент обстеження від конкретної ситуації. Для інтерпретації результатів використовуються наступні орієнтовані оцінки: 0-30 балів – низька тривожність; 31-45 балів – помірна тривожність; вище 45 балів – висока тривожність. За даним тестом, вважається, що помірна тривожність притаманна середньостатистичній людині, а значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги від клініцистів

Результати: середні значення по ситуативній та персональній тривожності склали $(44,64,59 \pm 1,05)$ та $(49,00 \pm 0,97)$ балів, відповідно. Дослідження тривожності встановило, що у жодного пацієнта не була виявлена мінімальна тривожність. Реактивна (ситуативна) тривожність у середньому та вираженому ступені була виявлена у 52,4% та 47,6% хворих, а персональна (особова) тривожність – у 23,8 та 76,2% обстежених пацієнтів, відповідно. Встановлено, що персональна та ситуативна тривожність корегують між собою ($r=0,512$, $0,001$), тобто у хворих з вираженою персональною тривожністю в складних життєвих ситуаціях буде спостерігатися більш виражена реактивна (ситуативна) тривожність. Виявлено негативний кореляційний зв'язок між ступенем персональної тривожності та індексом маси тіла ($r=-0,310$, $p=0,046$), а також позитивний між персональною тривожністю та віком хворих ($r=0,383$, $0,018$), тобто з віком зростає персональна (особова) тривожність.

Висновок: висока реактивна тривожність, яка зазвичай виникає при паданні індивідуума у стресову ситуацію і характеризується суб'єктивним дискомфортом, напругою, занепокоєнням і вегетативним збудженням, виявлена у 47,6% обстежених хворих, що може впливати на перебіг захворювання в цілому і потребувати призначення психокорегуючої терапії, особливо коли отримані дані будуть підкріплюватися клінічною картиною та результатами інших досліджень.

МЕТАБОЛІЗМ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ

Діденко В. І., Кленіна І. А., Зигало Е. В., Петішко О. П.

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

Мета: оцінити вміст вільних жирних кислот у сироватці крові пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки (ХДЗП) залежно від етіології та виявлених порушень мікробіоценозу.

Матеріали та методи: обстежено 98 пацієнтів з ХДЗП, середній вік яких склав ($59,2 \pm 2,4$) років. Залежно від етіологічних чинників ураження печінки пацієнти були розділені на групи: I – 14 пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП); II – 31 пацієнт з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ); III – 12 пацієнтів з хронічним гепатитом, асоційованим з вірусом «С» (ХГС); IV – 24 пацієнта з алкогольною хворобою печінки (АХП); V – 17 пацієнтів з токсичним гепатитом (ТГ). Для діагностики синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) виконували дихальний водневий тест з глюкозою з використанням газоаналізатора «Gastro» Gastrolyzer компанії Bedfont Scientific Ltd (Великобританія). У сироватці крові визначали вміст вільних жирних кислот (ВЖК) методом газової хроматографії.

Результати: середній рівень виділення водню у всіх групах був вищим у порівнянні з нормою, що підтверджує присутність СНБР у всіх пацієнтів з ХДЗП, цей показник був достовірно підвищений: у пацієнтів з АХП ($10,9 \pm 1,6$) ppm, з ТГ ($13,1 \pm 2,8$) ppm ніж у пацієнтів з НАСГ ($6,6 \pm 1,0$) ppm ($p < 0,05$), що свідчить про дисбаланс мікробіоти тонкого кишечника. Як при наявності, так і за відсутності СНБР вміст ВЖК підвищувався в порівнянні з контролем у пацієнтів з НАЖХП – до ($5,53 \pm 0,80$ мкг/мкл) проти ($6,25 \pm 1,74$ мкг/мкл); НАСГ – до ($5,73 \pm 0,33$ мкг/мкл) проти ($7,96 \pm 1,14$ мкг/мкл); АХП – до ($5,09 \pm 0,82$ мкг/мкл) проти ($8,39 \pm 2,5$ мкг/мкл) відповідно. У пацієнтів на ХГС наявність СНБР супроводжувалася зниженням вмісту ВЖК в порівнянні з контролем та підвищенням їх вмісту при відсутності СНБР ($2,36 \pm 0,92$ мкг/мкл) проти ($4,06 \pm 0,93$ мкг/мкл); при ТГ – як при наявності так і при відсутності СНБР було характерне суттєве зниження вмісту ВЖК у сироватці крові в порівнянні з контролем ($1,03 \pm 0,60$ мкг/мкл) проти ($1,08 \pm 0,87$ мкг/мкл).

Висновок: СНБР виявлено у 64,3% хворих на ХДЗП, найбільший відсоток відмічено при АХП (79,2%), найменший при НАЖХП (57,1%). Виявлено різнонаправлені зміни вмісту ВЖК у сироватці крові для пацієнтів з ХДЗП, що свідчить про вплив етіологічного фактору на метаболізм ліпідів.

ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Діденко В. І., Кленіна І. А., Татарчук О. М., Коненко І. С.,
Меланіч С. Л., Петішко О. П., Ягмур В. Б., Косенко Л. В.

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

Мета: визначити вміст та взаємозв'язок між основних біохімічними та імунологічними показниками у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП).

Матеріали і методи: проведено обстеження 120 хворих на ХДЗП: 24 хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП); 37 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ); 21 хворих на хронічний вірусний гепатит, асоційований з вірусом "С" (ХГС); 18 пацієнтів з алкогольною хворобою печінки (АХП) та 20 пацієнтів з токсичним гепатитом (ТГМ) (медикаментозним). Проведено кореляційний аналіз між вивченими між ультразвуковими, біохімічними та імунологічними показниками у обстежених хворих.

Результати: в групах хворих НАЖХП встановлено позитивний зв'язок між рівнем TNF- α : та жорсткістю селезінки ($r=+0,601$, $p<0,01$), та ТГ ($r=+0,626$, $p<0,01$), відповідно. У хворих НАСГ інсулін позитивно корелював із жорсткістю селезінки ($r=+0,436$, $p<0,05$) та печінки ($r=+0,357$, $p<0,05$); рівень Т-хелперів корелював із рівнем ІЛ-6 ($r=-0,349$, $p<0,05$). У хворих ХГС встановлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем ЦІК та рівнем цитолітичних ферментів: АЛТ ($r=+0,468$, $p<0,05$) та АСТ ($r=+0,684$, $p<0,01$); зв'язок між рівнем ІЛ-6: та жорсткістю селезінки ($r=+0,680$, $p<0,05$), жорсткістю печінки ($r=+0,681$, $p<0,01$), ступенем фіброзу (за METAVIR) ($r=+0,573$, $p<0,01$). У АХП визначено позитивний помірний зв'язок між рівнем ЦІК та ШЗЕ ($r=+0,485$, $p<0,05$); між рівнем інсуліну та ступенем фіброзу (за METAVIR) ($r=+0,528$, $p<0,05$) та рівнем молекул середньої маси ($r=-0,620$, $p<0,05$); між НОМА-ІР та жорсткістю селезінки ($r=+0,893$, $p<0,01$) та печінки ($r=+0,943$, $p<0,01$). У хворих ТГМ визначено негативний вірогідний зв'язок між рівнем Т-хелперів та жорсткістю селезінки ($r=-0,577$, $p<0,05$) та печінки ($r=-0,522$, $p<0,05$).

Висновок: отриманні дані у хворих на ХДЗП вказують на активні запальні процеси, що супроводжується збільшенням структурних змін печінки та селезінки, а також збільшення ступеня стеатозу. У хворих на ХДЗП було виявлено кореляційний взаємозв'язок між біохімічними та імунологічними показниками у хворих на ХДЗП залежно від етіологічних факторів розвитку стеатозу і фіброзу печінки.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ФОСФОКРЕАТИНІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ
ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНО-АЛЕРГІЧНОГО МІОКАРДИТУ**
**Добрянський Д. В., Дудка П. Ф., Іорданова Н. Х., Бондаренко Ю. М.,
Тарченко І. П., Вознюк В. В., *Дробака П. В.**
*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
*КНП «Київська міська клінічна лікарня №3»,
м. Київ, Україна*

Мета дослідження: встановити клінічну ефективність фосфокреатиніну (торгова назва – неотон) при лікуванні інфекційно-алергічного міокардиту.

Матеріали дослідження: обстежено 15 пацієнтів на інфекційно-алергічний міокардит з ознаками серцевої недостатності (основна група), в комплексній терапії, яких призначався фосфокреатинін по 4,0 внутрішньовенно крапельно впродовж 10 днів.

Контрольну групу склали 13 пацієнтів з аналогічним захворюванням, яким застосовувалась етіотропна та симптоматична терапія. Для оцінки ефективності застосування фосфокреатиніну використовувались дані загально клінічного обстеження в поєднанні з дослідженням внутрішньосерцевої гемодинаміки та скоротливої спроможності міокарда.

Отримані результати: в основній клінічній групі, порівняно з контрольною, було відзначено більш помітні позитивні зрушення з боку показників суб'єктивної і об'єктивної симптоматики (симптомів серцевої недостатності). Спостерігалась швидка в часі реверсія зубця Т (-) в Т (+), а також нормалізація серцевого ритму та АВ провідності, що підтверджено даними ЕКГ дослідження та добового ЕКГ-моніторингу.

При ехокардіографічному дослідженні в динаміці виявлено більш суттєве зменшення величини показників КДР, КСР, КДО, КСО, товщини стінки лівого шлуночка та збільшення після лікування в середньому на 23% фракції викиду (ФВ).

Висновок: застосування в комплексній терапії інфекційно-алергічних міокардитів фосфокреатиніну позитивно позначається на характері перебігу захворювання, показниках внутрішньо-серцевої гемодинаміки та ізотропній функції міокарда.

ДОВГОТРИВАЛА АДАПТАЦІЯ ДО ГІПОКСІЇ В ЛІКУВАННІ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ

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

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

Мета: оцінити вплив проведення довготривалої адаптації до гіпоксії на показники енергетичного забезпечення та інотропну функцію серця.

Матеріал і методи: обстежено 43 хворих з клінічними ознаками міокардіодистрофії I-II стадії, зумовленої гіпоксичним синдромом. Довготривала адаптація до гіпоксії проводилась шляхом застосування лікувально-діагностичного комплексу «Гіпотрон». Діагностика вимогливості до гіпоксії забезпечувала вибір оптимальної програми гіпоксичного стимулу, необхідного для включення механізмів адаптації. При цьому враховувалась реактивність організму, його резервні можливості і толерантність до гіпоксії. Сеанси інтервальної гіпокситерапії (ІГТ) проводились щоденно впродовж 15 днів тривалістю 40 хвилин в режимі дихання по 10 хвилин з 5-хвилинними інтервалами. Ефективність сеансів ІГТ оцінювалась шляхом проведення дослідження в динаміці показників анаеробного та аеробного шляхів утворення енергії, показників насосної функції серця.

Результати: як засвідчив аналіз отриманих результатів після проведених сеансів ІГТ відзначено позитивну динаміку з боку показників енергетичного забезпечення серця. При цьому виявлено послаблення процесів анаеробного (зниження рівня лактатдегідрогенази) та посилення аеробного (підвищення рівня сукцінатдегідрогенази) шляхів енергоутворення, що свідчить про перехід на більш економний режим енергетичного обміну. Відзначено також позитивні зрушення з боку показників насосної функції серця, підвищення фракції викиду, швидкості циркулярного вкорочення волокон міокарда.

Висновок: виявлений позитивний ефект ІГТ на процеси енергоутворення дає підстави рекомендувати її як спосіб довготривалої адаптації до гіпоксії, спрямованої на підвищення енергетичного потенціалу серця та збільшення міокардіального резерву у хворих з міокардіодистрофією.

ОКИСЛЕННЯ БІЛКОВИХ МОЛЕКУЛ ТА АРИТМОГЕННИЙ СИНДРОМ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

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

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

Мета: встановити зв'язок між посиленням процесу окислення білкових молекул плазми крові та порушенням серцевого ритму у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Матеріал та методи: основну клінічну групу склали 20 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги II-III ФК. В контрольну групу увійшли 13 здорових осіб. Середній вік обстежених основної групи склав $48,5 \pm 3,2$, контрольної – $35,4 \pm 2,9$ роки. Окислювальну модифікацію білків (ОМБ) з визначенням довжин хвиль збудження (356 нм, 370 нм, 430 нм, 530 нм) проводили за методом Дубініної Е.Е. (1995). Добове ЕКГ-моніторування проводилось з використанням апарату Mortana H3 (США) з обробкою результатів із застосуванням системи аналізу H-Scribe.

Результати: у пацієнтів основної клінічної групи відзначено достовірне збільшення вмісту продуктів ОМБ при довжині хвиль збудження 430 нм та 530 нм, що свідчить про посилення процесу окислення амінокислотних залишків різних амінокислотних груп. В свою чергу, посилення окислення білкових молекул на рівні біомембран сприяє зниженню її бар'єрних властивостей, порушенню електрогенних можливостей йонних насосів, посиленню електричної нестабільності серця та виникненню аритмій серця. При співставленні показників ОМБ з отриманими результатами добового ЕКГ-моніторування було встановлено прямий кореляційний зв'язок між збільшенням вмісту продуктів ОМБ основного характеру та життєвонебезпечним порушенням серцевого ритму (епізоди пароксизмів суправентрикулярної, шлуночкової тахікардії, фібриляції передсердь, ранніх (R на T) шлуночкових екстрасистолій).

Висновок: у хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги II-III ФК спостерігається посилення процесу окислення тіолових груп білкових молекул. Високий рівень продуктів ОМБ основного характеру асоціюється з високим ризиком виникнення життєвонебезпечного порушення серцевого ритму.

СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Журавльова Л. В., Власенко А. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Цукровий діабет (ЦД) – одне з поширених захворювань людини, ускладненням якого є неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП).

Мета: вивчення основних діагностичних критеріїв НАЖХП при ЦД 2 типу та ЦД 2 типу в поєднанні з ожирінням.

Матеріали та методи: обстежено 43 хворих на ЦД 2 типу із НАЖХП, які були розподілені на 2 групи. 1-а гр. – 21 хворий із НАЖХП, ЦД-2 і нормальною масою тіла, 2-а гр. – 22 хворих із НАЖХП, ЦД-2 та ожирінням. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Вивчався стан білкового, ферментного, ліпідного обмінів, вміст гомо цистеїну (ГЦ) в сироватці крові. Усім хворим проводилося ультразвукове дослідження (УЗД) печінки на апараті Siemens – 450 та деяким хворим (n=9) було проведено пункційну біопсію печінки з морфологічним дослідженням.

Результати: встановлено, що ЦД 2 типу із НАЖХП супроводжувався гіперглікемією у 43 (100%) хворих, підвищенням активності індикаторних ферментів (АСТ, АЛТ) у 38 (88,4%) хворих, збільшенням концентрації ГЦ у 40 (93%) в сироватці крові, що спричиняло синдром інтоксикації та метаболічні порушення, що негативно впливало на перебіг ЦД 2 типу. Відзначено також позитивний кореляційний вплив ГЦ в усіх групах на АСТ ($r = 0,88; 0,93$), АЛТ ($r = 0,81; 0,86$), ГГТП ($r = 0,64; 0,87$). Кореляційний вплив на прямий білірубін був також потужним у обох групах обстежуваних хворих ($r = 0,78; 0,84$). Виявлено, що ЦД 2 перебігав з розвитком дисліпідемії у 35 (81,4%) хворих та різною кількістю атерогенних типів гіперліпідемії. Кореляційний зв'язок ГЦ з КА був міцним у всіх групах ($r = 0,87; 0,96$). Патологічні процеси у печінці посилювалися хворих ЦД 2 типу з ожирінням. По даним УЗД виявлялася гіперехогенна тканина печінки, внаслідок дифузної жирової інфільтрації з великозернистою структурою. При пункційній біопсії печінки мала місце картина осередкової велико- та дрібнокраплинної жирової дистрофії гепатоцитів переважно центральних відділів печінкових часточок.

Висновки: підвищений рівень ГЦ в усіх групах з обстежених хворих може бути використаний як маркер розладів функціонального стану печінки різного ступеня. Патологічні процеси у печінці посилювалися по мірі збільшення надмірної ваги тіла та негативно впливали на подальший розвиток ЦД з формуванням пізніх ускладнень. Негативний вплив НАЖХП на перебіг ЦД у хворих на ЦД 2 типу із НАЖХП та ЦД 2 типу із НАЖХП та ожирінням призводив до погіршення досягнення ранньострокової та пізньострокової компенсації вуглеводного обміну, підсилення апоптозу гепатоцитів, порушення функціонального стану печінки.

АКТИВНІСТЬ ВАСПІНА ТА TNF- α У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Журавльова Л. В., Пильов Д. І.

Харківській національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити активність васпіна, TNF- α та функціонального стану підшлункової залози (ПЗ) у пацієнтів з ХП.

Матеріали: у дослідження залучені пацієнти $n=23$ з хронічним панкреатитом (ХП), що знаходились на лікуванні у гастроентерологічному відділенні. Оцінювався рівень С-реактивного протеїна (СРП), α -амілази, рівень васпіна, TNF- α в сироватці крові та еластази калу-1 (ЕК-1). Контрольна група здорових добровольців була репрезентативна за віком та статтю.

Результати: отримані дані свідчать про екзокринну дисфункцію ПЗ в групі, що досліджувалась, в порівнянні з групою контролю: α -амілаза ($52,36 \pm 2,8$ vs $24,71 \pm 1,1$ $p < 0,05$) г/г*л; ЕК-1 ($167,89 \pm 8,4$ vs $348,96 \pm 12,1$ $p < 0,05$) мкг/г; СРП ($3,1 \pm 0,4$ vs $0,12 \pm 1,0$); васпін ($2,73 \pm 0,3$ vs $2,43 \pm 0,1$) (пкг/мл) та TNF- α ($7,83 \pm 0,6$ vs $4,20 \pm 0,4$) (пкг/мл). В дослідженні було отримано наступні взаємозв'язки: між рівнем СРП та еластази-1 ($r = -0,62$, $p < 0,05$); СРП та васпіном ($r = 0,3$, $p < 0,001$) СРП та TNF- α ($r = 0,55$, $p < 0,005$); TNF- α та васпіном ($r = 0,71$, $p < 0,001$). Були отримані тенденції до взаємозв'язку між TNF- α , васпіном та показниками функціонального стану ПЗ, але вони не були достовірні.

Висновок: збільшення рівня васпіну у групі на ХП є компенсаторною реакцією задля антагонізування дії TNF- α та інших невідомих протеаз, які набувають активності при процесі запалення, тому васпін може бути як самостійний чинник компенсаторної ролі у протизапальному впливі. Але рівень васпіна та TNF- α не мали взаємозв'язку з функціональним станом підшлункової залози.

ВЛИЯНИЕ ЛИРАГЛУТИДА НА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Журавлева Л. В., Сокольникова Н. В., Рогачева Т. А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Учитывая то, что сахарный диабет 2 типа (СД-2) является признанным фактором сердечно-сосудистого риска и то, что многие сахароснижающие препараты имеют неоднозначное влияние на сердечно-сосудистую систему и продолжительность жизни пациентов с СД-2, и, особенно, ожирением, **целью** нашего исследования было выявить влияние лираглутида на кардиометаболические факторы риска у пациентов с СД-2 и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 58 пациентов с СД-2 и ожирением I ст. без тяжелых диабетических осложнений длительностью диабета 5-8 лет. Возраст пациентов составил $53,7 \pm 4,8$ лет. Все больные случайным образом были разделены на 2 группы: 1-я группа ($n=28$) получала в качестве терапии метформин 850 мг 2 р/сут., пациентам 2-й группы ($n=30$) к аналогичной терапии был добавлен лираглутид в дозе 1,8 мг/сут.

Исследование уровней холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), уровней глюкозы натощак, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), индекса массы тела (ИМТ) проводилось до лечения и через 6 месяцев после его начала.

Результаты: в результате исследования мы получили следующие данные: ИМТ в 1-й группе до начала лечения составил $34,2 \pm 2,8$ кг/м², а через 6 месяцев – $33,1 \pm 1,9$ кг/м²; во 2-й группе ИМТ равнялся $34,3 \pm 2,7$ кг/м², а после лечения – $30,7 \pm 1,7$ кг/м². HbA1c в 1-й группе составил $7,91 \pm 1,8$ %, а после лечения – $7,11 \pm 1,6$ %; во 2-й группе HbA1c составил $7,98 \pm 1,25$ % и $6,73 \pm 1,45$ через 6 месяцев ($p < 0,05$). Уровень ТГ в 1-й группе равнялся $2,09 \pm 0,24$ ммоль/л, после лечения – $1,98 \pm 0,21$ ммоль/л; во 2-й группе этот показатель составил $2,13 \pm 0,22$ ммоль/л до лечения и $1,99 \pm 0,18$ через полгода. ХС ЛПНП в 1-й группе до лечения составил $3,95 \pm 0,75$ ммоль/л, а после лечения – $3,45 \pm 0,52$ ммоль/л; во 2-й группе – $3,97 \pm 0,33$ ммоль/л и $3,02 \pm 0,18$ ммоль/л после лечения ($p < 0,05$). ХС ЛПВП в 1-й группе составил $0,78 \pm 0,08$ ммоль/л, а после лечения – $0,82 \pm 0,05$ ммоль/л; а во 2-й группе он равнялся $0,82 \pm 0,03$ ммоль/л до лечения и $0,91 \pm 0,08$ ммоль/л через 6 месяцев ($p < 0,05$).

Выводы: применение лираглутида снижает выраженность диабетической дислипидемии и, таким образом, влияя на углеводный и липидный обмены, улучшает кардиометаболические факторы риска у больных СД-2 и ожирением. Мы считаем, что лечение лираглутидом может улучшить сердечно-сосудистый прогноз у таких пациентов.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ БІЛІАРНИМИ РОЗЛАДАМИ Й НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Грабовська О. І., Кленіна І. А.

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

Мета: оцінити особливості ліпідного обміну у дітей з дисфункцією жовчного міхура на фоні надмірної ваги та ожиріння

Матеріали і методи: обстежено 118 дітей, які були розподілені на групи: 1 – діти з зайвою вагою та ожирінням та гіпокінезією жовчного міхура (n=52); 2 – діти з зайвою вагою та ожирінням та нормокінезією жовчного міхура (n=51); 3 (контрольна) – діти з нормальною вагою та нормокінезією жовчного міхура (n=15). В сироватці крові визначали вміст загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВП) з використанням наборів реактивів «Сормеу» (Польща). Розраховували холестерин ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), холестерин ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та коефіцієнт атерогенності (КА).

Результати: у 40,4% дітей 1 групи виявлено гіперхолестеринемію зі збільшенням середнього вмісту ХС у сироватці крові в 1,3 рази ($p<0,001$), у 36,5% - гіпертригліцеридемію зі збільшенням середнього рівню ТГ в 1,8 рази ($p<0,001$) порівняно з 3 групою. У 36,5% дітей 1 групи середні значення вмісту ЛПВЩ в сироватці крові зменшувались в 1,6 разів ($p<0,001$), а у 57,7% дітей середній вміст ЛПНЩ перевищував в 1,5 рази ($p<0,001$) аналогічні показники дітей 3 групи. Також у 36,5% дітей 1 групи середні значення концентрації ЛПДНЩ були збільшеними в 1,6 рази ($p<0,001$) порівняно з 3 групою. Виявлено підвищення середнього значення КА у 36,5% дітей 1 групи в 1,7 рази ($p<0,001$) порівняно з 3 групою. В 2 групі гіперхолестеринемія зі збільшенням середнього вмісту ХС в 1,3 рази ($p<0,001$) спостерігалась у 33,3% дітей, тоді як у 5,9% дітей виявлено зниження цього показнику у 1,4 рази ($p<0,001$) порівняно з 3 групою. Гіпертригліцеридемія зі зростанням середнього вмісту ТГ в 2 рази ($p<0,001$) спостерігалась у 31,4% дітей, в той же час у 17,6% дітей середній рівень ТГ був зниженим у 2,3 рази ($p<0,001$) порівняно з групою контролю. У 19,6% дітей 2 групи середній вміст ЛПВЩ в сироватці крові був знижений в 1,7 рази ($p<0,001$) порівняно з контрольним значенням. Середній вміст ЛПНЩ був збільшений у 1,5 рази порівняно з 3 групою ($p<0,001$) у 21% дітей, одночасно середній вміст ЛПДНЩ збільшувався в 1,9 рази ($p<0,001$) у 35,3 % дітей, спостерігалось підвищення КА в 1,7 рази ($p<0,001$) порівняно з 3 групою у 23,5% пацієнтів 2 групи.

Висновок: виявлені різні типи дисліпідемії у більшості дітей з зайвою вагою та ожирінням. Дисбаланс ліпідного спектру сироватки крові на тлі надмірної ваги був більш вираженим у дітей з гіпофункцією жовчного міхура ніж у дітей з нормокінезією жовчного міхура.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА ТА ВМІСТ ФЕКАЛЬНИХ КОРОТКОЛАНЦЮГОВИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ДІТЕЙ З БІЛІАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Завгородня Н. Ю., Татарчук О. М., Кленіна І. А., Грабовська О. І.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета: оцінити особливості кишкового мікробіоценозу у дітей з біліарною дисфункцією на фоні надмірної ваги та ожиріння.

Матеріали і методи: під спостереженням знаходилось 118 дітей віком від 10 до 17 років. В залежності від функціонального стану жовчного міхура у дітей з надмірною вагою та ожирінням, яких було розподілено на групи: I – діти з гіпокінезією жовчного міхура ($n=52$); II – діти з нормокінезією жовчного міхура ($n=51$); III – діти з нормальною вагою ($n=15$). Хроматографію коротколанцюгових жирних кислот (КЖК) у копрофільтраті пацієнтів проводили хроматографічним методом. Проводили мікробіологічне дослідження видового та кількісного складу мікрофлори вмісту товстої кишки (ТК).

Результати: встановлено наявність глибоких змін якісного та кількісного складу мікрофлори товстої кишки у 95,8% хворих дітей I групи та у 93,3% хворих II групи. Визначено вірогідне зниження рівня лактобактерій в 2,7 рази ($p<0,05$) та в 1,4 рази ($p<0,05$) у хворих I та II груп, відповідно. Концентрація лактобактерій (в 1,9 рази, $p<0,05$) та ентерококів (1,4 рази, $p<0,05$) у пацієнтів I групи була вірогідно нижче ніж у дітей II групи. В процесі дослідження були виділені умовно-патогенні ентеробактерії роду *Citrobacter* (8,3% хворих I групи та 3,3% хворих II групи). Крім того, лише у хворих II групи було виділено умовно-патогенні ентеробактерії родів *Proteus* (3,3% хворих) та *Klebsiella* (26,7% хворих). Патогенний стафілокок у підвищеній кількості було визначено у 20,8% хворих I групи, у 16,7% – II групи та у 11,1% – III групи. Підвищення концентрації дріжджоподібних грибів роду *Candida* у вмісті ТК переважало у 37,5 % хворих I групи, у 16,7% – II групи та у 11,1 % – III групи. У дітей I групи було виявлено підвищення вмісту оцтової в 6,2 рази ($p<0,05$) та пропіонової кислот в 4 рази ($p<0,01$) підвищений сумарний вміст карбонових кислот в 2,6 рази ($p<0,05$) в порівнянні з контрольною групою дітей. Вміст КЖК в II групі вказував на підвищення вмісту оцтової в 15 разів ($p<0,01$), пропіонової 5,4 рази ($p<0,01$) кислот у порівнянні з контрольною групою. Достовірно підвищувався загальний вміст КЖК у 3,7 рази ($p<0,01$).

Висновок: у дітей з надмірною вагою і ожирінням зміни в рівнях КЖК можуть бути обумовлені зниженням чисельності основних симбіонтів товстокишкового мікробіоценозу, зростанням концентрації умовно-патогенної мікрофлори.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИАРИТМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ, ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ З ПОРУШЕННЯМ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Заїка І. В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Адекватне застосування антиаритмічних лікувальних засобів залишається складним завданням, так як вибір антиаритмічних препаратів, для лікування в клінічній практиці часто визначається емпірично.

Мета: вивчити зміни електричної функції міокарда, центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, стабільною стенокардією напруження з шлуночковою екстрасистолією, фібриляцією передсердь при застосуванні алапініну та етацизіну.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 169 хворих (стабільна стенокардія напруження у 84 осіб, дифузний та постінфарктний кардіосклероз у 85 осіб) з порушеннями ритму серця (екстрасистолічна аритмія зареєстрована у 84 осіб, постійна форма фібриляції передсердь у 55 осіб, постійна форма фібриляції передсердь в поєднанні зі шлуночковою екстрасистолією у 30 осіб). Всім обстеженим хворим проводилась ехокардіографія з використанням ультразвукового діагностичного приладу MyLab50 (ESAOTE, Італія) по загальноприйнятій методиці з послідовним розрахунком параметрів центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки.

Результати: у хворих стабільною стенокардією напруження з екстрасистолічною аритмією через 2 години після вживання алапініну збільшувався час внутрішнього відхилення лівого шлуночка ($P < 0,001$); через 2 години після вживання етацизіну збільшувались тривалість зубця Р і час внутрішнього відхилення лівого шлуночка ($P < 0,001$).

У хворих постінфарктним кардіосклерозом з постійною формою фібриляції передсердь після вживання алапініну та етацизіну показники біоелектричної активності міокарду не змінювались.

Під впливом етацизіну зменшувалась частота серцевих скорочень ($P < 0,05$), збільшувалися кінцево-сistolічний об'єм ($P < 0,02$), тривалість періоду напруження ($P < 0,02$), показник відношення періоду вигнання до періоду напруження ($P < 0,001$).

Висновок: алапінін та етацизін при курсовому лікуванні слабо впливають на скорочувальну здатність міокарду і можуть застосовуватись при порушеннях ритму серця у хворих дифузним та постінфарктним кардіосклерозом з початковими ознаками хронічної серцевої недостатності.

ВПЛИВ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ ФАКТОРА ВІЛЛЕБРАНДА У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Заїкіна Т. С., Кравчун П. Г., * Леонідова В. І.

*Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої
медицини №2, клінічної імунології та алергології ім. акад. Л. Т. Малої*

**КНП “Міська клінічна лікарня №27” ХМР,*

м. Харків, Україна

Мета: оцінити значення реперфузійної терапії на рівні фактора фон Віллебранда у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та супутнім цукровим діабетом 2-го типу.

Матеріали і методи: в дослідженні прийняли участь 70 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та ЦД 2-го типу, яких було розподілено на групи в залежності від того, чи проводилася їм реперфузійна терапія:

25 пацієнтів, яким проводилася реперфузійна терапія; 45 пацієнтів, яким проводилася стандартна антикоагулянтна терапія. Визначення рівня фон Віллебранда проводилося з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «Technoclone GmbH» (Австрія) до початку проведення реперфузійної терапії та на 10-й день хвороби. Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету SPSS та Microsoft Excel. Розраховувалися: середнє значення (M), медіана (m), вірогідність й рівень значущості (p).

Результати: згідно з отриманими результатами, середній рівень фактора фон Віллебранда у хворих 1 групи до початку реперфузійної терапії склав $2,04 \pm 0,04$ нг/мл, тоді як у хворих 2 групи – $2,00 \pm 0,04$ нг/мл. Проведення реперфузійної терапії пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та супутнім цукровим діабетом 2-го типу асоціювалося з більш значущим зниженням рівня фактора фон Віллебранда, а саме на 20,6% (до $1,62 \pm 0,06$ нг/мл), порівняно з пацієнтами, яким реперфузія не проводилася – на 14,5% (до $1,71 \pm 0,04$ нг/мл).

Висновок: в роботі було продемонстровано беззаперечний позитивний вплив проведення реперфузійної терапії у хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім цукровим діабетом 2-го типу на адгезивну активність тромбоцитів, маркером якого є фактор фон Віллебранда.

ВПЛИВ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ SCD40-ЛІГАНДУ ТА SVE-КАДГЕРИНУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Зайкіна Т. С., * Семерова Н. Р., * Ковтун Н. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

**КНП “Міська клінічна лікарня №27” ХМР, м. Харків. Україна*

Мета: оцінити рівні ендотелій-залежних медіаторів – sVE-кадгерину та sCD40-ліганду у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та супутнім цукровим діабетом 2-го типу.

Матеріали і методи: 70 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та ЦД 2-го типу було розподілено на групи в залежності від того, чи проводилася їм реперфузійна терапія: 25 пацієнтів, яким проводилася реперфузійна терапія; 45 пацієнтів, яким не проводилася реперфузійна терапія. Визначення рівня sVE-кадгерину проводилося з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «Bender MedSystem» (Австрія), а визначення sCD40-ліганду – з використанням комерційної тест-системи виробництва «YH Biosearch Laboratory» (Китай). Математична комп’ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету SPSS та Microsoft Excel. Розраховувалися: середнє значення (M), медіана (m), вірогідність й рівень значущості (p).

Результати: згідно з отриманими результатами, проведення реперфузійної терапії пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та супутнім цукровим діабетом 2-го типу асоціювалося з більш значущим зниженням рівня sCD40-ліганду, а саме на 25,8% (до $2,88 \pm 0,12$ нг/мл), порівняно з пацієнтами, яким реперфузія не проводилася – на 18,1% (до $3,13 \pm 0,04$ нг/мл). Втім, подібна тенденція не простежувалася у відношенні sVE-кадгерину. Динаміка цього показника не відрізнялася у пацієнтів, яким була проведена реперфузійна терапія (зниження на 17,5%; до $1,51 \pm 0,04$ нг/мл), та яким відновлення кровообігу в інфаркт-залежній артерії не проводилося (зниження на 17,0%; до $1,46 \pm 0,03$ нг/мл).

Висновок: в роботі було продемонстровано беззаперечний позитивний вплив проведення реперфузійної терапії на активність внутрішньосудинного імунного запалення, маркером якого є sCD40-ліганд, без доведеного ефекту на процеси відновлення ендотеліального моношару, маркером якого є sVE-кадгерин.

**АНАЛІЗ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ
АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
З ВИКОРИСТАННЯМ НОВІТНІХ МЕТОДИК
(PRECISE-ДІАГНОСТИКА)**

Зигало Е. В., Пролом Н. В.

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

Мета: провести аналіз стресостійкості та адаптаційних реакцій серцево-судинної системи за показниками варіабельності ритму серця у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).

Матеріали і методи: оцінку варіабельності ритму серця (BPC) надавали 19 хворим на ГЕРХ, використовуючи хмарну технологію автоматизованої інтерпретації ЕКГ (PRECISE-діагностика) за допомогою електрокардіографу CONTECT 8000GW (Китай) з блютуз з'єднанням і програмним забезпеченням. Для інтерпретації результатів було виконано підключення до вебсервісу AMAZON. Аналізували наступні показники: симпато-вагальний баланс HF/LF для визначення вегетативного тону, RMSSD – квадратний корінь із середнього квадрата різниці величин послідовних пар інтервалів NN, який оцінює рівень адаптації (кількісна оцінка виснаження резервів адаптації); загальну потужність спектру (Total power, TP), що відтворює сумарний ефект вегетативного впливу на серцевий ритм усіх рівнів регуляції та свідчить про можливості функціональних резервів організму, стрес-індекс (Stress index, SI), SDNN – стандартне відхилення всіх NN інтервалів, що свідчить про наявність і вираженість серцево-судинного ризику (СС ризик).

Результати: встановлено, що показник SDDN, зниження якого свідчить про СС ризик, становив $(31,29 \pm 1,8)$ м/с у 78,9% обстежених хворих. За аналізом показника RMSSD було виявлено ознаки зриву адаптації $(18,2 \pm 2,9)$ м/с ($p < 0,05$) у майже у половини хворих (47,4%), що також вказувало на послаблення парасимпатичних впливів на ритм серця. Аналіз співвідношення LF/HF виявив значне його підвищення у $(1,89 \pm 0,15)$ у 63,2% хворих, що свідчить про збільшення симпатичної регуляції та зменшення парасимпатичного впливу на серцеву діяльність ($p < 0,05$). Загальна потужність спектру (Total power) в середньому була збереженою, але ознаки виснаженості функціонального резерву організму спостерігались у 26,3% хворих на ГЕРХ. Більш, ніж у половини хворих на ГЕРХ (52,6%) відзначено суттєве підвищення стрес-індексу $(121,2 \pm 10,9)$ до рівня «тривожність» ($p < 0,05$).

Висновок: оцінка BPC за допомогою PRECISE діагностики, є високоінформативним, зручним методом, що дозволяє надати оцінку адаптаційним можливостям організму у хворих на ГЕРХ.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ ТЯЖКІСТЮ ДЕННОЇ СОНЛИВОСТІ, ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДІВ КРОВІ І АНТРОПОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Ісаєва Г. С., Буряковська О. О.

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

Порушення сну є однією з найчастіших «некардіальних» скарг серед пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи. В той же час кількість робіт, де вивчався би зв'язок між безсонням, денною сонливістю, як його наслідком, та метаболічними показниками і серцево-судинним ризиком у хворих на гіпертонічну хворобу в літературі вкрай обмежена.

Метою роботи було вивчити зв'язок між безсонням, денною сонливістю та рівнем ліпідів, антропометричними показниками і серцево-судинним ризиком у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали і методи: в дослідженні прийняло участь 118 пацієнтів з гіпертонічною хворобою старше 45 років. Для оцінки серцево-судинного ризику і серцево-судинного віку було використано Фрамінгемську шкалу. Оцінювали індекс маси тіла ($\text{кг}/\text{м}^2$), м'язову силу (кг), фізичну активність за кількістю пройдених за день кроків. Визначали загальний холестерин, тригліцериди, холестерин ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), холестерин ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), рівень глюкози і глікованого гемоглобіну.

Безсоння діагностували за критеріями Міжнародної класифікації порушень сну, випуск 3. Денну сонливість оцінювали за допомогою шкали Епворта. Для виявлення синдрому нічного апное проводили нічне моніторування за допомогою апарата Сомночек (SOMNOcheck micro CARDIO, 2013, Німеччина).

Результати: безсоння було діагностовано у 48 (40,7%) із 118 обстежених. Встановлено, що в залежності від ступеню денної сонливості відрізнялись рівні систолічного артеріального тиску, холестерину ЛПВЩ, окружність талії, індекс маси тіла. При аналізі серцево-судинного віку встановлено, що пацієнти з високим ступенем денної сонливості мали вищий серцево-судинний вік: в групі 1 за шкалою Епворта серцево-судинний вік відповідав 48,0 [45,5÷56,7] в групі 2 – 57,0 [48,7÷63,0] і в групі 3 – 72,0 [68,0÷80,0] рокам, ANOVA тест $F=63,4$; $p=0,001$.

Висновок: таким чином, при оцінці впливу порушень сну на метаболічні показники і артеріальний тиск значення має не безсоння, а оцінка такого його прояву, як денна сонливість. При використанні шкали денної сонливості Епворта, виявлено, що хворі з середніми і важкими проявами денної сонливості мають більш високі рівні систолічного артеріального тиску, індексу маси тіла, більшу окружність талії та низький рівень холестерину ЛПВЩ і старший серцево-судинний вік за Фрамінгемською шкалою.

ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОГО ГОЛОДУВАННЯ НА ФАКТОРИ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ісаєва Г. С., Матяшова Л. М.

*ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,
м. Харків, Україна*

Актуальність: корекція харчової поведінки це основа профілактики, особливо серцево-судинних захворювань (ССЗ). Найбільш розповсюджені методи корекції: обмеження кількості калорій (ОК) та інтервальне голодування (ІГ). Обидва методи показали свою ефективність в зниженні ваги, але ІГ має перевагу над ОК тим, що не потребує постійного сурового додержання обмеження в харчуванні. Багато досліджень вказують на те, що ІГ має також позитивні ефекти на стан здоров'я та може бути використаним для профілактики в медичній практиці. На даний час відсутня детальна інформація про вплив ІГ на фактори ризику ССЗ у пацієнтів з цукровим діабетом, ожирінням та серцево-судинними захворюваннями.

Ціль: проаналізувати та підсумувати данні наявних досліджень про вплив ІГ на стан здоров'я у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (ЦД2), серцево-судинними та метаболічними захворюваннями, віком старше 18 років.

Матеріали та методи: було виконано пошук по електронним базам даних (MEDLINE, Web of Science, Scopus та Google Scholar) за останні 5 років. Для аналізу було використано: протокол PRISMA, шкала JADAD, інструменти ROBINS-I та RoB 2.

Результати: до аналізу було включено 28 оригінальних статей. Всі дослідження мали низький ризик похибки по ROBINS-I та RoB 2 та від 2 до 6 балів за шкалою JADAD. Статистичне значиме зниження показників було виявлено: в 14 дослідженнях ваги, в 7 дослідженнях зниження артеріального тиску, в 3 дослідженнях ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів. В інших дослідженнях було виявлено зниження без статистичної достовірності: індекс НОМА, холестерину та його фракції, ваги, артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, глюкози, аро-3, ІЛ-6, TNF, адіпонектину.

Висновки: таким чином, результати нашого аналізу свідчать про безпечність використання ІГ у пацієнтів з ЦД2, серцево-судинними та метаболічними захворюваннями та ефективність ІГ в зниженні факторів ризику серцево-судинних захворювань. Потрібні подальші довготривалі дослідження з вивчення впливу ІГ на смертність у пацієнтів з коморбідною патологією.

ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ

Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – визначити роль інерційно-делеційних поліморфізмів генів, що беруть участь у формуванні хронічної серцевої недостатності, у хворих на ішемічну хворобу серця та ожиріння.

Матеріали та методи: проведено комплексне обстеження 222 хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) та ішемічну хворобу серця (ІХС) із супутнім ожирінням. Групу порівняння склали 115 хворих на ІХС з нормальною масою тіла. До контрольної групи увійшло 35 практично здорових осіб. Групи були порівнянні за віком і статтю.

Дослідження алельних поліморфізмів Met235Thr гена ангіотензиногена (*ATT*), Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторів (*ADRB2*), G-308A гена фактора некрозу пухлин- α (*ФНП- α*) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ). Правильність розподілу частот генотипів визначалася відповідністю рівноваги Г. Харді-В. Вайнберга ($p_i^2 + 2p_ip_j + p_j^2 = 1$). Аналізували показники абсолютного ризику (АР; %), відносного ризику (ВР), відносини шансів (ВШ), з розрахунком довірчого інтервалу (ДІ) для ВР і ВШ, а також достовірності частотного розподілу за критерієм χ^2 з поправкою Мантеля-Хенцеля.

Результати: наявність Т алеля та ТТ генотипу поліморфізму М235Т гена *ATT* у хворих на ІХС із супутнім ожирінням асоціювалася з розвитком ХСН, відповідно (ВР = 1,62, 95% ДІ = [1,13–2,0], $\chi^2=5,2$; $p<0,05$) і (ВР = 2,213, 95% ДІ = [1,187–4,562], $\chi^2=7,38$; $p<0,05$), тоді як алель М був пов'язаний зі зниженням ризику розвитку ХСН (ВР = 0,572, 95% ДІ = [0,398–0,763], $\chi^2=7,54$; $p<0,05$). Наявність С алеля поліморфного локусу Gln27Glu гена *ADRB2* у хворих на ІХС з супутнім ожирінням була пов'язана зі зниженням ризику розвитку ХСН (ВР = 2,32, 95% ДІ = [1,18–4,56], $\chi^2=7,65$; $p<0,05$). Наявність А алеля та АА генотипу поліморфного локусу G-308A гена *ФНП- α* у хворих на ІХС з супутнім ожирінням була пов'язана з розвитком ХСН, відповідно (ВР = 2,67, 95% ДІ = [1,52–4,68], $\chi^2=12,4$; $p<0,05$) і (ВР = 1,84, 95% ДІ = [1,29–2,64], $\chi^2=11,2$; $p<0,05$), тоді як алель G був пов'язаний зі зниженням ризику розвитку ХСН (ВР = 0,11, 95% ДІ = [0,02–0,57], $\chi^2=9,7$; $p<0,05$).

Висновки: встановлено алельні варіанти-кандидати як розвитку ХСН (Т алель і ТТ генотип поліморфізму М235Т гена *ATT*, А алель і АА генотип поліморфного локусу G-308A гена *ФНП- α*), так і сприятливого перебігу (наявність С алеля поліморфного локусу Gln27Glu гена *ADRB2*, G алеля гена *ФНП- α*) у хворих на ІХС та ожиріння.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Камышникова Л. А., Ефремова О. А., Халаимова О. А.

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Более 70% пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) имеют, по крайней мере, одну сопутствующую патологию. Именно поэтому всё более актуализируется оценка коморбидного статуса пациента с ХСН. Выявление синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у больных с ХСН увеличивает сердечно-сосудистую и общую смертность в сравнении с пациентами без нарушений дыхания во сне.

Цель исследования: оценить распространенность СОАС у пациентов с ХСН.

Материал и методы: проведен литературный обзор по ключевым словам: ХСН и СОАС, отобраны статьи в соответствии с целью исследования.

Результаты: распространенность клинически значимых нарушений дыхания во сне достигает 15% у пациентов терапевтического профиля в стационаре. При сердечно-сосудистых заболеваниях СОАС встречается еще чаще: у 30% всех пациентов с артериальной гипертонией и у 83% лиц с рефрактерными формами гипертонии. Повышение доз гипотензивных препаратов положения не улучшают, а синдром нередко так и остается нераспознанным. Самые тяжелые последствия – повышение риска коронарных заболеваний в 4,6 раза. При ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности II-IV функциональных классов по классификации NYHA распространенность СОАС составляет 43%. Больше трети пациентов кардиологического профиля имеют высокую вероятность наличия клинически значимых средних и тяжелых степеней апноэ сна различного генеза. В опубликованном в 2015 г. метаанализе пациентов с ХСН показано достоверное увеличение сердечно-сосудистой и общей смертности у пациентов с ХСН и СОАС в сравнении с больными без нарушений дыхания во сне. Данные Sleep Heart Health Study (исследование сна, сердца и здоровья) продемонстрировали связь между СОАС и развитием сердечно-сосудистых событий, включающих инсульт, коронарную болезнь и сердечную недостаточность. При 12-летнем наблюдении было отмечено трехкратное увеличение фатальных и 4-5-кратное увеличение нефатальных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с нелеченной тяжелой степенью синдрома обструктивного апноэ сна. Фактически риск умереть или перенести инфаркт либо инсульт составил 50% за 12 лет наблюдения.

Таким образом, больные с ХСН имеют выше риск по нарушению дыхания во сне и требуют пристального внимания и более тщательного обследования с целью выявления СОАС это должно учитываться врачами в их клинической практике.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПРАВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Капустник В. А., Костюк І. Ф., Меленевич А. Я.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

При хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) на тлі реконструкції дихальних шляхів, альвеол та судин легень зростає легеневий судинний опір, що призводить до підвищення постнавантаження на міокард правого шлуночка (ПШ). Супутня гіпертонічна хвороба (ГХ) також може небажано впливати на гемодинаміку малого кола кровообігу. Функціональний стан ПШ розглядається вченими в якості предиктора довгострокових наслідків у пацієнтів з хворобами дихальної системи (Foschi M., Di Mauro M., Tancredi F. et al., 2017).

Мета: проаналізувати структурно-функціональні зміни правих відділів серця у пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

Матеріали і методи: у дослідженні прийняли участь 100 хворих на ХОЗЛ GOLD 2, групи В у фазі ремісії, з них 69 пацієнтів мали супутню ГХ II стадії. Всім хворим проведено загальноклінічне обстеження, 6-хвилинний тест з ходьбою (6-ХТзХ), визначення якості життя (ЯЖ) за анкетой COPD Assessment Test (CAT), пульсоксиметрію, спірографію, ехокардіографію (ЕхоКГ) та рентгенографію органів грудної клітки.

Результати: встановлено, що поєднання ХОЗЛ з ГХ у порівнянні з ізольованим ХОЗЛ супроводжується збільшенням товщини стінки ПШ – $5,42 \pm 0,61$ мм проти $5,11 \pm 0,80$ мм, $p=0,0545$; зростанням розміру правого передсердя (ПП) – $38,07 \pm 4,19$ мм проти $36,19 \pm 4,35$ мм, $p<0,05$; та більш вираженими порушеннями діастолічної функції ПШ ($p<0,05$). Кореляційний аналіз показав зворотні зв'язки між пройденою відстанню у 6-ХТзХ та розміром ПП ($r=-0,33$; $p<0,05$), товщиною стінки ПШ ($r=-0,25$; $p<0,05$); між співвідношенням об'єму форсованого видиху за першу секунду до форсованої життєвої ємності легень (ОФВ₁/ФЖЄЛ) та діаметром порожнини ПШ ($r=-0,24$; $p<0,05$), товщиною стінки ПШ ($r=-0,42$; $p<0,05$); між максимальною об'ємною швидкістю повітря на рівні видиху 50% ФЖЄЛ та товщиною стінки ПШ ($r=-0,33$; $p<0,05$); максимальною об'ємною швидкістю повітря на рівні видиху 75% ФЖЄЛ та діаметром порожнини ПШ ($r=-0,27$; $p<0,05$); а також прямі – між десатурацією та розміром ПП ($r=0,27$; $p<0,05$), товщиною стінки ПШ ($r=0,33$; $p<0,05$); між балом САТ та розміром ПП ($r=0,57$; $p<0,05$), товщиною стінки ПШ ($r=0,47$; $p<0,05$) у пацієнтів на поєднану патологію.

Висновок: збільшення товщини стінки ПШ та розміру ПП асоціюється зі зниженням толерантності до навантажень, десатурацією, зростанням бронхообструкції та погіршенням ЯЖ при ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

ПРЕДИКТОРИ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ПОДАГРИ

Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.

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

Подагра – системне гетерогенне захворювання, зумовлене набутими та /або спадковими порушеннями пуринового обміну з розвитком гіперурикемії, відкладанням кристалів моноурату натрію в тканинах, що спричиняє гострі напади артритів та структурно-функціональні зміни в різних органах. До 25% осіб у світовій популяції мають гіперурикемію, на подагру страждає 1-4% населення. При подагрі уражаються нирки, що обумовлює прогноз захворювання. Існує взаємозв'язок між подагрою та функцією нирок. Порушення функції нирок є фактором ризику розвитку подагри. За останніми даними, у пацієнтів із подагрою ризик прогресування хронічної хвороби нирок на 29% вищий, ніж у пацієнтів без подагри.

Мета: проаналізувати предиктори ураження нирок у хворих на подагру.

Матеріали і методи: обстежено 65 хворих (чол.-92%, жін.-8%) віком 34-55 р. Проводилось клінічне та лабораторне обстеження (сечова кислота, холестерин, тригліцериди, глюкоза, сечовина, креатинін крові; мікроальбумінурія, рН сечі), розраховувались швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), індекс маси тіла (ІМТ).

Результати: гіперурикемія становила $0,67 \pm 0,16$ ммоль/л. ШКФ – $167,14 \pm 6,02$ мл/хв. (гіперфільтрація) у 38% хв.; знижена ШКФ – $72,32 \pm 2,14$ мл/хв. у 18% хв., нормальна ШКФ – $112,54 \pm 3,15$ мл/хв – у 44% хв. Виявлені гіперхолестеринемія ($6,28 \pm 0,32$ ммоль/л), дисліпідемія та гіпертригліцеридемія ($3,72 \pm 0,15$ ммоль/л), артеріальна гіпертензія у 94% хв., ожиріння I-II ст. (ІМТ – 33,76) у 81% хв. Цукровий діабет та інсулінорезистентність наявні у 55% хв. Гіперфільтрація є компенсаторним механізмом, направленим на виведення надлишку сечової кислоти, але через механізм внутрішньоклубочкової гіпертензії є одним з патогенетичних факторів ураження нефронів та поступового їх склерозування, що разом зі зниженою ШКФ свідчить про порушення фільтраційних процесів у нирках. Артеріальна гіпертензія, надмірна вага, інсулінорезистентність та порушення ліпідного обміну сприяють розвитку атеросклерозу судин, призводять до ішемії нирок та порушення їх функції, про що свідчить мікроальбумінурія (у 43% хворих). Сприяють ураженню нирок запалення (підвищений рівень СРБ при загостренні подагричного артритів) та закислення сечі (рН 5,0 - 5,5), що сприяє кристалізації уратів у каналцях, перифокальному запаленню та дегенеративно-запальним змінам у нефронах, порушуючи їх функціонування.

Висновок: таким чином, гіперурикемія, гіперфільтрація, артеріальна гіпертензія, ожиріння, гіперліпідемія, мікроальбумінурія, зміна рН сечі є предикторами ураження нирок при подагрі.

ТЕРАПЕВТИЧНІ ТАКТИКИ У ЛІКУВАННІ ІДІОПАТИЧНИХ ШЛУНОЧКОВИХ ПОРУШЕНЬ РИТМУ У МОЛОДИХ ОСІБ

Катеренчук О. І.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Однією з найпоширеніших причин звернення осіб молодого віку за медичною допомогою до лікаря-кардіолога є відчуття неритмічної серцевої діяльності, що викликає відчуття дискомфорту в грудній клітці, а нерідко і тривожності. Проаналізувавши клінічні випадки за період 2017-2019 роки, було здійснено попередній аналіз різноманітних терапевтичних тактик.

1. Препарати магнію. Ці засоби здатні ефективно усунути кількість шлуночкових ектопічних подій, переважно за наявності помірно вираженого психоемоційного компоненту, гіперсимпатикотонії та при наявності клінічно незначимого пролапсу мітрального клапана.

2. “Денні анксиолітики” та ноотропи (мебікар, фенібут). У власній практиці їх використання тривалістю до 2 місяців не супроводжувалось суттєвим зниженням градацій шлуночкових ектопічних подій, хоча і покращувало вегетативний профіль.

3. Бета-блокатори. В середніх терапевтичних дозах ефект від їх застосування був недостатнім, навіть при поєднанні з препаратами магнію і/або анксиолітичними засобами.

4. Антиаритмічні засоби 1 групи (етацизін, пропафенон, флекаїнід). В декількох спостереженнях використання стартової терапії пропафеноном дозволяло досягти клінічно значимого покращення показників серцевого ритму. Однак, важко судити, чи це обумовлене додатковими бета-блокуючими ефектами препарату, чи все ж електрофізіологічною гетерогенністю міокарду внаслідок перенесеного кардиту не верифікованого інструментальними методами, але анамнестично імовірного.

5. Препарати на основі беладонни. В низці випадків за неефективності вищевказаних груп медикаментозних засобів здійснювалась спроба призначати комбінований рослинний засіб, до складу якого входить настоянка беладонни. Відмічено позитивний результат – зменшення кількості шлуночкових ектопічних подій на понад 30% практично у всіх хворих, які отримували терапію тривалістю понад 1 місяць.

Підсумовуючи, зміна способу життя нерідко повинна доповнюватись фармакотерапією з вибором медикаментозного препарату переважно по принципу *ex juvantibus*. У наших спостереженнях позитивний ефект у складних випадках досягався при використанні беладонни. Це обумовлює потребу в ренесансі відповідних препаратів.

ДИСБАЛАНС ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО- СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХЛОПЦІВ ІЗ ГІПОАНДРОГЕНІЄЮ

Кашкалда Д. А.¹, Косовцова Г. В.^{1,2}, Сухова Л. Л.¹,

Турчіна С. І.^{1,2,3}, Шарун К. В.¹

¹ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
м. Харків, Україна

²Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, м. Харків,

³Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Мета роботи: виявити зміни процесів вільнорадикального окислення (ВРО) і антиоксидантної системи (АОС) у хлопців із гіпоандрогенією (ГА) при порушеннях функціонального стану серцево-судинної системи (ССС).

Матеріали та методи: у дослідження було включено 57 підлітків 13-18 років із ГА, у 51,9 % виявлено порушення ССС (вторинна кардіопатія, диспластична кардіопатія). Функціональний стан ССС оцінювався за допомогою функціональних індексів: коефіцієнту витривалості (КВ) і коефіцієнту економічності кровообігу (КЕК). Визначали вміст малонового діальдегіду, дієнових кон'югатів (ДК), карбонільованих білків (КБ), відновленого глутатіону (ВГ), глутатіонпероксидази (ГПО), супероксиддисмутази (СОД) і каталази в крові. Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою пакета програм «Statgraphics Plus 5.1». Використовували критерій Вілкоксона-Манна-Уїтні (u).

Результати: аналізуючи показники ВРО і АОС у хлопців із ГА при різних значеннях КВ, було виявлено збільшення концентрації ДК і КБ в сироватці крові більшою мірою при ослабленні функціональних можливостей ССС (КВ більше 20 О). При цьому вміст ДК підвищувався на 43,3 % ($p_u < 0,05$), а рівень КБ збільшувався в 1,6 рази ($p_u < 0,01$) у порівнянні з нормальним функціональним станом ССС. Одночасно з інтенсифікацією процесів ВРО у підлітків із ГА на тлі зниження функціональних можливостей ССС реєструвалося збільшення (на 26,9 %) активності СОД ($p_u < 0,04$). Паралельно з активацією ферментативної ланки АОС відзначалося підвищення (на 33,3 %) вмісту одного з основних низькомолекулярних антиоксидантів – ВГ ($p_u < 0,04$). При зниженні енерговитрат організму на кровообіг (середні значення КЕК становили $3636,58 \pm 171,78$ О) у порівнянні з нормальною роботою серця спостерігалось пригнічення активності ферментів антиперекисного захисту: ГПО і Кат ($p_u < 0,05$).

Висновки: виявлені зміни вказують на функціональну напруженість ССС і зниження адаптивно-приспосувальних реакцій організму хлопців із андрогенною недостатністю, при яких реєструється стимуляція процесів СРО і пригнічення АОС. У свою чергу, надмірне утворення високотоксичних продуктів СРО (ДК і КБ) в умовах пригнічення активності антиоксидантних ферментів (ГПО, каталаза) може викликати порушення структури і функції клітинних мембран кардіоцитів і розвиток захворювань ССС у майбутньому.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТРЕСС-РЕГУЛИРУЮЩИХ СИСТЕМ У ПОДРОСТКОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Кашкалда Д. А., Рак Л. И.

ГУ “Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины”,
г. Харьков, Украина

Цель работы: выяснить взаимоотношения показателей стресс-регулирующих систем у подростков с сердечно-сосудистыми нарушениями (ССС) при эндотелиальной дисфункции.

Материалы и методы: обследовано 50 подростков 12-16 лет с нарушениями ССС (вторичная кардиомиопатия, артериальная гипертензия, аритмия). Оценка эндотелиальной функции проводилась с помощью доплер-ЭХОКГ в пробе с реактивной гиперемией. Были выделены 3 группы пациентов: с нормальной эндотелиальной функцией (19 человек), дисфункцией (24) и парадоксальной (констрикторной) реакцией (7). Оценивали состояние стресс-реализующих систем по уровню кортизола (К), малонового диальдегида (МДА), карбонилированных белков (КБ) в крови, адреналина (А) и норадреналина (НА) в моче, стресс-лимитирующих систем – по уровню глутатионпероксидазы (ГПО), супероксиддисмутазы (СОД), серотонина (С) в крови и мелатонина (М) в моче. Вычисляли коэффициент оксидативного стресса (КОС). $КОС = (МДА + КБ) / (СОД + ГПО)$. Корреляционный анализ проводили с помощью коэффициента Пирсона.

Результаты: установлены особенности взаимоотношений нейрогуморальных показателей в зависимости от состояния эндотелийзависимой вазодилатации. При нормальной функции сосудистого эндотелия выявлены прямые связи между экскрецией А с НА ($r = 0,96$; $p < 0,0001$), М с А ($r = 0,77$; $p < 0,03$) и КБ ($r = 0,67$; $p < 0,05$), отрицательные – между активностью ГПО и КОС ($r = - 0,80$; $p < 0,009$). При эндотелиальной дисфункции остаются связи А с НА и М, ГПО с КОС, появляется взаимосвязь между М и НА ($r = 0,63$; $p < 0,03$), выявлено напряжение ферментативного (ГПО) и активация неферментативного звеньев (М) антиоксидантной системы. При парадоксальной реакции сосудистого эндотелия связи между М и А исчезают, появляются взаимосвязи МДА с К ($r = 0,86$; $p < 0,02$) и КОС ($r = 0,83$; $p < 0,04$), что свидетельствует о преобладающих влияниях стресс-реализующих систем.

Выводы: состояние стресс-регулирующих систем обеспечивает адаптационные возможности сосудистого эндотелия у подростков с нарушениями ССС. Эндотелиальная дисфункция у них формируется на фоне активации как стресс-реализующих, так и стресс-лимитирующих систем, однако активация последних недостаточна для обеспечения адекватной эндотелийзависимой вазодилатации.

РОЛЬ ІНДЕКСУ НОМА-ІR ДЛЯ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Інсулінорезистентність – це зниження чутливості інсулінозалежних клітин до дії інсуліну з подальшим порушенням метаболізму глюкози та надходження її в клітини. Резистентність до інсуліну асоційована з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету (ЦД) і серцево-судинних захворювань. Найбільш простим методом оцінки резистентності до інсуліну є індекс інсулінорезистентності НОМА-ІR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance) – показник, запропонований Matthews D.R. на основі розробленої математичної гомеостатичної моделі для оцінки резистентності до інсуліну. Індекс НОМА-ІR являє собою співвідношення базального рівня інсуліну та глюкози, будучи відображенням їх взаємодії за типом зворотного зв'язку.

Мета: визначити роль індексу НОМА-ІR в оцінці ризику розвитку ЦД II типу та серцево-судинних захворювань, а саме артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріали і методи: нами була проведена ретроспективна оцінка показнику індексу НОМА-ІR у хворих без ожиріння (з нормальним індексом маси тіла), без ЦД та з нормальним або нормально високим рівнем артеріального тиску (АТ). Повторне обстеження було проведено через 1-1,5 року.

Результати: під час первинного визначення індексу НОМА-ІR була виділена група хворих без ожиріння та ЦД з підвищеним індексом НОМА-ІR. Під час повторного обстеження у 67,5% цих хворих було виявлено ЦД II типу легкого (переважно) та середнього ступеня важкості. Крім того, у 54,3% було визначено прогресуюче підвищення АТ з розвитком АГ I та II ступеня. У 3 хворих за період спостереження виникли катастрофічні серцево-судинні події (2 інфаркти та 1 ішемічний інсульт). В групі хворих без ожиріння та ЦД з нормальним індексом НОМА-ІR відсоток розвитку ЦД II типу та ступінь прогресування АГ був достовірно нижчим.

Висновок: індекс НОМА-ІR відіграє важливу роль у визначенні ризику розвитку ЦД II типу та серцево-судинних захворювань, оскільки демонструє достовірні можливості оцінки чутливості до інсуліну. На його підставі можна передбачити розвиток ЦД II типу та прогресування АГ. У зв'язку з цим необхідно активізувати роботу по виявленню пацієнтів з підвищеним індексом НОМА-ІR та інформуванню таких людей про необхідність дотримуватись модифікації стилю життя з метою профілактики розвитку ЦД II типу та серцево-судинних захворювань.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ БІОХІМІЧНИХ ТА ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В ОЦІНЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кленіна І. А., Коненко І. С., Діденко В. І., Ягмур В. Б.,
Петішко О. П., Татарчук О. М., Меланіч С. Л.

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

Мета: визначити особливості біохімічних і гемодинамічних показників у хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХГС) та неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП), їх взаємозв'язок з даними еластографії печінки.

Матеріали і методи: обстежено 195 пацієнтів, чоловіків - 82 (42,1%), жінок – 113 (57,9%), віком ($46,4 \pm 2,4$) роки. Із них 94 пацієнта із ХГС та 101 пацієнт із НАЖХП. Визначали вміст АЛТ, АСТ, лужної фосфатази (ЛФ), маркерів фіброзу — оксипроліну білокзв'язаного (ОПБЗ) та оксипроліну вільного (ОПВ), гексозамінів, сіркомукоїдів (СМ), середньомолекулярних пептидів (СМП). Зсувнохвильову еластографію печінки проводили у режимі Shear Wave Elastography (SWE) на сканері Ultrasign Soneus P7 (Україна, Швейцарія). За допомогою доплерографії оцінювали стан печінкової та селезінкової артерій, печінкової (VP) та селезінкової (VL) вен, вимірювали об'ємну швидкість кровотоку, середню лінійну швидкість кровотоку (V_{mean}), діаметр судин, перфузійний індекс та індекс резистентності.

Результати: аналіз маркерів фіброзу печінки виявив тенденцію до активації синтезу колагену, про що свідчило підвищення в сироватці крові хворих вмісту ОПБЗ. Рівень продуктів розпаду сполучної тканини (ОПВ) мав тенденцію до зниження у пацієнтів із ХГС ($p < 0,05$). Установлений кореляційний зв'язок у групі хворих на ХГС між вмістом ОПБЗ та SWE печінки ($r = 0,44$, $p < 0,05$). Модуль Юнга був вищим у пацієнтів з ХГС ($p < 0,05$). У хворих на ХГС встановлено прямо порційний зв'язок між рівнем ЛФ і модулем Юнга ($r = 0,65$, $p < 0,05$). Виявлено збільшення діаметра VP і VL та зменшення V_{mean} ($p < 0,05$). У хворих на ХГС встановлено кореляційні зв'язки між V_{mean} у VP та рівнем СМ ($r = 0,56$, $p < 0,05$), між об'ємною швидкістю кровотоку в VL і вмістом СМ ($r = -0,62$, $p < 0,05$), між V_{mean} у селезінковій артерії та рівнем ОПБЗ ($r = 0,59$, $p < 0,05$). У групі пацієнтів з НАЖХП виявлено прямо порційний зв'язок між концентрацією СМП та V_{mean} у печінковій артерії ($r = 0,54$, $p < 0,05$).

Висновок: у хворих на ХГС показники цитолітичного та холестатичного синдромів були статистично значущо вищими, ніж у пацієнтів з НАЖХП ($p < 0,05$) за наявності нижчих показників білковосинтетичної функції печінки ($p < 0,05$). Для пацієнтів із ХГС і НАЖХП, за даними доплерографії, характерним було збільшення діаметра VP і VL та зниження V_{mean} .

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ НЕКЛАПАННОЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Коваль С. М., Рєзнік Л. А., Старченко Т. Г., Пенькова М. Ю.,
Конькова В. С.

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

Мета: вивчити клінічні особливості артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на постійну форму неклапанної фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи: обстежено 124 хворих АГ. Основну групу склали 68 хворих на АГ і постійну форму неклапанної ФП, групу порівняння – 56 хворих на АГ без ФП. Середній вік склав ($62,3 \pm 2,4$) року. Чоловіків було 51,6%, жінок – 48,4%. Пацієнти обох груп достовірно не відрізнялись за статтю та віком. У всіх хворих основної групи АГ передувала ФП. Хворим проводилось загально-клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. Швидкість клубочкової фільтрації розраховували (ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ.

Результати: хворі на АГ з ФП (основна група) характеризувались більш важким перебігом АГ у порівнянні з хворими на АГ без ФП (група порівняння). В основній групі виявлена достовірно вища частота АГ 3 ступеня (у 96% хворих, $p < 0,001$) і достовірно нижча частота АГ 2 ступеня (у 4% хворих, $p < 0,01$), ніж в групі порівняння (75% і 25%, відповідно). Тривалість АГ була теж достовірно більша у хворих основної групи ($22,2 \pm 1,4$) роки, ніж в групі порівняння ($9,8 \pm 2,1$) років, $p = 0,001$. Більш важкий перебіг АГ у хворих основної групи проявлявся також достовірно більшою частотою в цій групі перенесеного ішемічного інсульту та транзиторної ішемічної атаки (24% і 8%, відповідно), ніж в групі порівняння (12% ($p < 0,05$) та 4% ($p < 0,05$), відповідно). Крім того, хворі на АГ з ФП відрізнялись від хворих на АГ без ФП більш вираженим ураженням функції нирок. Так, ШКФ в групі хворих на АГ з ФП була достовірно нижча ($56,2 \pm 4,7$) мл/хв./ $1,73\text{м}^2$), ніж у хворих на АГ без ФП ($81,4 \pm 2,4$) мл/хв./ $1,73\text{м}^2$, $p < 0,001$). В певній мірі виявлене у хворих на АГ з ФП більш виражене зниження функції нирок в порівнянні з хворими на АГ без ФП могло бути пов'язане з достовірно більшою частотою в основній групі ЦД 2 типу (37%), ніж в групі порівняння (14%, $p < 0,01$). У той же час, хворі на АГ з ФП і без ФП достовірно не відрізнялись за частотою стабільної стенокардії (37% і 34%, $p > 0,05$) та перенесеного інфаркту міокарда (19% і 16%, $p > 0,05$).

Висновки: АГ у хворих з постійною формою неклапанної ФП характеризується більш важким і тривалим перебігом, більшою частотою асоціації з ЦД 2 типу та зниженням функції нирок. Приєднання ФП істотно погіршує перебіг АГ: реєструється значне зростання ризику ішемічних мозкових інсультів та транзиторних ішемічних атак.

ОСНОВНІ ФІЛОТИПИ МІКРОБІОТИ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Коваль С. М., Снігурська І. О., Юшко К. О., Мисниченко О. В.

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

Мета: дослідити вміст основних філотипів мікробіоти кишечника (МК): *Firmicutes* та *Bacteroidetes*, *Actinobacteria* у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали та методи. Обстежено 34 хворих на АГ 2-3 ступеня віком від 40 до 69 років. У 22 хворих діагностовано АО I-II ст., у 12 хворих нормальна маса тіла (НМТ). Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб.

Визначення складу МК на рівні основних філотипів проводили шляхом ідентифікації загальної бактеріальної ДНК і ДНК *Firmicutes*, *Bacteroidetes* і *Actinobacteria*. Аналіз проводили методом кількісної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в реальному часі (qRT-PCR) з використанням універсального праймера для гена 16S рРНК і таксон-специфічних праймерів.

Результати. У хворих на АГ з АО виявлено вірогідне підвищення відносного вмісту *Firmicutes* в мікробіоті кишечника (43,61(33,18;54,11) %, в порівнянні з показником здорових осіб контрольної групи (29,18(22,45;38,14) %, $p < 0,05$). Хворі на АГ з НМТ достовірно не відрізнялися за відотною кількістю *Firmicutes* від осіб контрольної групи. Встановлено збільшення відношення *Firmicutes/Bacteroidetes*, як у хворих АГ, що перебігала на тлі АО (на 73 %), так і у хворих та АГ з НМТ (на 36 %), в порівнянні з групою контролю ($p < 0,01$ та $p < 0,05$, відповідно). Також, у хворих з АО відношення *Firmicutes/Bacteroidetes* було вірогідно більше, ніж у хворих на АГ без ожиріння (на 27%, $p < 0,05$). Достовірної різниці відносного вмісту філопитів *Bacteroidetes* та *Actinobacteria* між обстеженими групами хворих не встановлено.

Висновки. Хворі на АГ, незалежно від наявності або відсутності АО, характеризувалися достовірно вищим показником співвідношення *Firmicutes/Bacteroidetes* в МК, в порівнянні зі здоровими особами. У хворих на АГ, що перебігала на тлі АО, виявлено достовірно вищий вміст *Firmicutes* та показник *Firmicutes/Bacteroidetes*, ніж у здорових осіб. Отримані дані можуть свідчити про залучення МК в патогенез ожиріння і АГ.

ЗВ'ЯЗОК ЦИРКУЛЮЮЧОЇ МІКРОРНК-133А З ПОКАЗНИКАМИ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Коваль С. М., Юшко К. О., Снігурська І. О.

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

Підвищений артеріальний тиск призводить до хронічного перевантаження лівого шлуночка (ЛШ), гіпертрофії ЛШ (ГЛШ), порушення релаксації ЛШ, розвитку його діастолічної дисфункції (ДД), збільшення лівого передсердя (ЛП), результатом чого є формування гіпертензивної хвороби серця (ГХС) та підвищення ризику фібриляції передсердь і серцевої недостатності. МікроРНК-133а є одним із факторів епігенетики, який має кардіопротекторні властивості, але його роль у розвитку ГХС у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з ожирінням недостатньо вивчена.

Мета: дослідити рівень циркулюючої мікроРНК-133а в плазмі хворих у хворих на АГ з ожирінням та визначити її зв'язки з показниками ГХС.

Матеріали і методи: обстежено 82 пацієнта з АГ 2-3 ступеня та ожирінням (44 чоловіки та 38 жінок) у віці від 43 до 70 років. Усі пацієнти розподілені на 2 групи: 45 пацієнтів із ГХС (основна група) та 37 пацієнтів без ГХС (група порівняння). Контрольну групу складала 21 практично здорова особа (контрольна група). ГХС визначали як ГЛШ з або без ДД ЛШ. ГЛШ діагностували відповідно до рекомендацій ESC/ESH 2018 року, ДД ЛШ - відповідно до рекомендацій ASE/EACVI 2016 року. Ожиріння діагностували при індексі маси тіла ≥ 30 кг/м². Рівень циркулюючої мікроРНК-133а в плазмі крові визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції.

Результати: рівні мікроРНК-133а в основній групі були значно нижчими, ніж у групі порівняння та контрольній групі (0,133 [0,09; 0,184] проти 0,238 [0,155; 0,410], $p < 0,05$ та 0,382 [0,198; 0,474]), $p < 0,05$). В основній групі 23 пацієнти мали ДД ЛШ та 25 пацієнтів мали нормальну діастолічну функцію ЛШ. У пацієнтів з ДД ЛШ рівень циркулюючої мікроРНК-133а був значно нижчим, ніж у пацієнтів із нормальною діастолічною функцією ЛШ (0,094 [0,067; 0,147] проти 0,152 [0,098; 0,189]), $p < 0,05$). Також в основній групі спостерігалася статистично значуща зворотня кореляція між рівнями мікроРНК-133а та індексом маси міокарду ЛШ ($R = -0,37$, $p < 0,01$), без вірогідного зв'язку з фракцією викиду, розміром ЛП або співвідношенням Е/е' (середнє) ($p > 0,05$). У пацієнтів групи порівняння не виявлено вірогідних зв'язків рівнів мікроРНК-133а з параметрами ЛШ.

Висновок: результати дослідження свідчать про значну роль дефіциту рівня циркулюючої мікроРНК-133а у хворих на АГ з ожирінням у патогенезі ГХС та таких її компонентів, як ГЛШ та ДД ЛШ.

**ДОВЖИНА ТЕЛОМЕР ЯК МАРКЕР БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ
У ПАЦІЄНТІВ З ПОМІРНИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ**
**Колеснікова О. В., Запровальна О. Є., Бондар Т. М., Потапенко А. В.,
Радченко А. О., Лавренко Т. А.**

*ДУ "Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої" НАМН України",
м. Харків, Україна*

Мета: визначити взаємозв'язок між довжиною теломер (ДТ) та факторами серцево-судинних захворювань (ССЗ) у пацієнтів різних вікових груп з помірним серцево-судинним ризиком.

Методи: в дослідження включено 97 пацієнтів (48 жінок та 49 чоловіків) у віці 31–60 років з помірним серцево-судинним ризиком за шкалою SCORE без клінічних симптомів ССЗ. Було проведено оцінку артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень, антропометричних вимірювань (індекс маси тіла (ІМТ), окружність талії (ОТ), клінічного аналізу крові, показників ліпідного та вуглеводного обмінів, С-реактивний протеїн (СРП). Крім того, у дослідження було включено 40 контрольних осіб у віці 31–60 років (20 чоловіків та 20 жінок). ДТ визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу. Для розробки моделі прогнозування було використано багаторазовий логістичний регресійний аналіз.

Результати: ми спостерігали різницю в стані здоров'я між основною групою та контрольною групою. Показники АТ та метаболічного статусу були вищими в основній групі, ніж у контрольній: АТ ($p = 0,021$), ІМТ ($p=0,038$), індекс НОМА ($p = 0,0012$). Основна групи була класифіковані за віком на 2 підгрупи, від 31 до 44 років (група 1, $n=45$, середній вік $(39,37 \pm 7,92)$ років) та від 45 до 60 років (група 2, $n=52$, середній вік $(52,84 \pm 8,73)$ років). Істотних відмінностей у статі, антропометричних вимірах та рівнях АТ між групами не було. Контрольну групу також класифікували за віком на 2 відповідні групи по 20 осіб у кожній групі. Для основної групи ДТ ($M \pm SD$) становила $(1,10 \pm 0,29)$ (група 1) та $(0,86 \pm 0,33)$ (група 2). Середній показник ДТ у досліджуваних та контрольних групах у віці 31 - 44 роки не відрізнявся ($p=0,78$), але у віці 45-60 років ДТ основної групи була вірогідно нижчою ($p=0,036$). Згідно з даними регресійного аналізу, ДТ незалежно асоціювалась з віком, СРП, ІМТ, ОТ, та WС, індексом НОМА та сироватковим рівнем глюкози. Найбільш значущий зв'язок відзначався із індексом НОМА ($p = 0,0045$).

Висновок: фактори ССЗ асоційовані із показником біологічного віку – довжиною теломер, що може вказувати на їх вплив на процеси передчасного старіння та розвиток вік-асоційованих захворювань.

ЩОДО РЕЙТИНГОВОЇ СИСТЕМИ ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ РОБОТИ НАУКОВЦІВ

Колеснікова О. В., Кулешова О. М.

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

Питання про критерії оцінювання наукової діяльності складне, дискусійне і неоднозначне.

В Україні, як і в міжнародній практиці, для аналізу діяльності наукових організацій і вчених використовується публікаційна активність та патентно-ліцензійна робота. Однак, оцінюючи діяльність співробітника наукової установи, необхідно враховувати і інші види діяльності, такі як: науково-дослідна, керівництво науковими проектами, підготовка наукових кадрів, виконання адміністративних обов'язків тощо.

З метою введення практики оцінки та упорядкування результатів діяльності науковців у 2019 р. була впроваджена в роботу установи інформаційна база «Рейтинг наукових співробітників ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України».

Головними завданнями рейтингової системи є: наповнення інформаційної бази даними для аналізу і оцінки результатів діяльності; визначення кращих показників та відповідність сучасним тенденціям розвитку науки; забезпечення об'єктивності оцінок якості діяльності тощо.

Рейтингове оцінювання – це одна із форм кількісного аналізу та контролю розвитку і підвищення якості діяльності Інституту з урахуванням вкладу в нього всіх наукових співробітників, наукових відділів в цілому, що забезпечує ефективний моніторинг.

Рейтингова система оцінювання охоплює основні напрями діяльності: наукову, методичну, інноваційну, організаційну тощо. В інформаційній базі висвітлено також наявність наукового та/або почесного звання, отримані нагороди, участь у розробці протоколів та алгоритмів, виконання обов'язків, покладених керівництвом, участь у організації та проведенні наукових заходів, підвищення кваліфікації, підготовка документів для органів влади різного рівня тощо.

Система ґрунтується на засадах прозорості, достовірності, доступності, гнучкості та заохочення.

ОЦІНКА БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Колеснікова О. В., Радченко А. О.

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

Проблема поєднаного перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) та субклінічного гіпотиреозу (СГ) на сьогоднішній день залишається невирішеною та потребує подальшого вивчення. З віком наявність СГ у хворих на АГ може значно погіршувати кардіоваскулярний ризик (КВР) та впливати на якість та тривалість життя таких пацієнтів. Одним з методів оцінки таких змін є розрахунок біологічного віку (БВ) на основі даних об'єктивного дослідження та анкетування.

Мета: оцінити швидкість старіння пацієнтів з АГ на фоні СГ за двома методами – О.Г. Горелкіна, Б.Б. Пінхасова та В.П. Войтенко.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 43 пацієнти, середній вік яких склав $43,2 \pm 13,3$ років (54% жінок, 46% чоловіків), які знаходились на амбулаторному та стаціонарному лікуванні на базі ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України». Пацієнти без АГ та СГ ($n=12$) склали першу, контрольну групу, а пацієнти з АГ I-II стадії 1-2 ступенів та СГ ($n=32$) – другу, основну групу. Усім пацієнтам було обчислено коефіцієнт швидкості старіння та БВ за методом О.Г. Горелкіна, Б.Б. Пінхасова на основі антропометричних даних (росту, маси тіла, об'єму стегон, об'єму талії). Розрахунок БВ відповідно до методу В.П. Войтенко включав суб'єктивну оцінку здоров'я пацієнта за результатами анкетування та вимірювання артеріального тиску, часу статичного балансування, затримки дихання після глибокого вдиху. Швидкість старіння за цією методикою оцінювалася на основі різниці між фактичним і належним (відповідно до календарного) БВ. Усім пацієнтам було проведено дослідження ліпідного профілю.

Результати. Швидкість старіння пацієнтів з АГ і СГ була достовірно більшою порівняно з контрольною групою за результатами обох методик ($p=0,01$). Проте БВ пацієнтів другої групи, обчислений за методом В.П. Войтенко, порівняно з результатами іншої методики був значно вищим ($p=0,05$) і його кореляція була сильніша з загальним холестеринем ($r=0,545$, $p=0,01$ та $r=0,437$, $p=0,01$, відповідно), холестеринем ліпопротеїдів низької щільності ($r=0,611$, $p=0,05$ та $r=0,507$, $p=0,05$, відповідно) та холестеринем ліпопротеїдів високої щільності ($r=-0,412$, $p=0,01$ та $r=-0,357$, $p=0,05$, відповідно).

Висновок: наявність у пацієнта поєднаної патології (АГ та СГ), прискорює темпи старіння порівняно зі здоровими людьми. Оцінка БВ на основі методу В.П. Войтенко порівняно з БВ, оціненим за методом О.Г. Горелкіна, Б.Б. Пінхасова, є більш точною для прогнозування КВР. Імовірно, це пов'язано з додатковою оцінкою стану компенсаторних механізмів у цих пацієнтів.

**ДІАГНОСТИКА ЖОРСТКОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ СТІНКИ
У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО
ВІД ЇЇ ФІБРОЗНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ**

Коненко І. С., Діденко В. І., Татарчук О. М., Меланіч С. Л.

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

Мета: визначити особливості показників локальної жорсткості артеріальної стінки у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та хронічним гепатитом, асоційованим з вірусом С (ХГС) та зв'язок цих показників із фіброзом печінки.

Матеріали і методи: обстежено 195 пацієнтів, які знаходилися на обстеженні у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Серед обстежених чоловіків було 82 (42,1%), жінок – 113 (57,9%), середній вік склав $(46,4 \pm 2,4)$ роки. Їх розподіляли по групах залежно від етіологічного фактора: 94 пацієнта із ХГС підтверджено вірусну етіологію хвороби та у 101 людини на підставі об'єктивного обстеження, інсулінорезистентності та гіперліпідемії діагностовано НАЖХП. Соноеластографію та оцінку локальної жорсткості артеріальної стінки виконували на сканері «Soneus P7» (Україна).

Результати: в усіх хворих виявлено зміни показників судинної жорсткості, а саме модуля еластичності, зростання індексу артеріальної жорсткості, швидкості пульсової хвилі та товщини комплексу інтима-медіа ($p < 0,05$). Збільшення швидкості пульсової хвилі виявлено в 79 (78,2%) пацієнтів із НАЖХП ($p < 0,05$) і у 87 (92,5%) обстежених із ХГС. Медіана швидкості пульсової хвилі в пацієнтів із НАЖХП була вищою порівняно з хворими на ХГС: 9,52 і 6,34 см/с, відповідно. У пацієнтів із НАЖХП встановлено зв'язок жорсткості паренхіми печінки зі швидкістю пульсової хвилі ($r = 0,68$; $p < 0,05$). У хворих на ХГС виявлено асоціацію між жорсткістю печінки і товщиною комплексу інтима-медіа ($r = 0,84$; $p < 0,001$). За даними зсувнохвильової еластографії швидкість розповсюдження зсувної хвилі була більшою в пацієнтів із захворюванням печінки вірусної етіології – 1,60 (1,44–1,94) см/с проти 1,41 (1,31–1,54) см/с у пацієнтів із НАЖХП ($p < 0,05$). Медіана жорсткості печінки була вищою у хворих на ХГС – 7,77 (6,50–10,11) кПа проти 6,78 (5,49–6,90) кПа в пацієнтів із НАЖХП ($p < 0,05$).

Висновок: незалежно від етіологічного чинника при хронічних дифузних захворюваннях печінки відзначається підвищення модуля еластичності артеріальної стінки. Для хворих на ХГС поряд зі збільшенням жорсткості паренхіми печінки найбільш характерним є підвищення індексу жорсткості стінки сонної артерії. При НАЖХП відзначається зменшення розтяжності судинних стінок, що закономірно призводить до збільшення товщини комплексу інтима-медіа та швидкості пульсової хвилі.

СТАН ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Костюк І. Ф., Братусь В. Н., Бязрова В. В., Стебліна Н. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у структурі професійної пилової патології є однією з найважливіших проблем сучасної медицини. Захворювання має системні прояви, при яких у патологічний процес залучається й ендокринна система. Порушення стану тиреоїдного гомеостазу може призводити до розвитку алергічних реакцій, зменшенню цАМФ, що здатне сприяти розвитку фіброзу в легенях.

Метою дослідження було дослідження стану тиреоїдного гомеостазу у хворих на ХОЗЛ різного ступеню тяжкості у динаміці лікування.

Матеріал та методи дослідження: в умовах клініки НДІ ГП та ПЗ ХНМУ було проведено обстеження 48 хворих на ХОЗЛ професійного генезу. Діагноз визначався на підставі анамнезу, загальноклінічних, функціональних і лабораторних методів дослідження, згідно з рекомендаціями GOLD та урахуванням стажу праці в умовах впливу пилу. Під наглядом перебувало 35 хворих на ХОЗЛ з II ступенем тяжкості та 13 пацієнтів із III ступенем тяжкості захворювання у фазі загострення. В анамнезі хворих була відсутня інформація про наявність захворювання щитоподібної залози. В динаміці лікування визначався вміст тиреотропіну та тироксину у сироватці крові імуноферментним методом.

Результати дослідження: було встановлено порушення тиреоїдного гомеостазу у хворих на ХОЗЛ професійного генезу. Визначено зниження рівня тироксину та підвищення вмісту тиреотропіну в крові у хворих на ХОЗЛ ($p < 0,001$). Слід зазначити, що у хворих на ХОЗЛ при різних ступенях тяжкості порушення вмісту гормонів – підвищення рівня тиреотропіну було більш частим (74,7%) і суттєвим у хворих із III ступенем тяжкості захворювання, у середньому в 1,6 рази ($p < 0,001$). Дослідження гормонального стану у динаміці стандартного лікування ХОЗЛ показало, що при поліпшенні клінічного стану та функції зовнішнього дихання, істотних змін рівня гормонів не відбулося.

Висновки: результати дослідження свідчать про формування дисфункції щитоподібної залози при прогресуванні ХОЗЛ. Було виявлено зниження активності тиреоїдної системи у хворих на ХОЗЛ в залежності від ступеня тяжкості захворювання. Збільшення вмісту тиреотропіну та зменшення тироксину в сироватці крові було більш суттєвим у хворих при III ступені тяжкості ХОЗЛ ($p < 0,001$), які постійно використовують глюкокортикостероїди (ГКС). Таким чином, ступінь обструкції дихальних шляхів, гіпоксемія, хронічне системне запалення і прийом ГКС сприяє розвитку дисфункції щитоподібної залози, субклінічного виду гіпотиреозу.

ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ FABP-4 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗІ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ

Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Ожиріння пов'язане з підвищенням секреції прозапальних адипокінів таких як FABP-4 (Fatty acid binding protein 4 або A-FABP) – білок, що зв'язує жирні кислоти. Дослідження цього адипокіну може покращити вивчення цукрового діабету (ЦД) 2 типу та атеросклерозу. Однак, взаємозв'язок між адипокіном FABP-4, антропометричними, метаболічними показниками у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та ЦД 2 типу залишаються недостатньо вивченими.

Мета – вивчити вміст FABP-4 у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім ожирінням і цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи дослідження: у дослідженні обстежено 180 хворих на ГІМ в залежності від наявності супутнього ЦД 2 типу та ожиріння, котрі перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ «Національному інституті терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» та Харківській клінічній лікарні на залізничному транспорті №1. Імуноферментним методом визначали вміст FABP-4 за допомогою набору реагенту «FABP-4» (Elabscience Biotechnology, USA). Статистична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Office Excel та Statistica 12,0.

Результати дослідження: рівень FABP-4 в сироватці крові у пацієнтів на ГІМ з супутнім ЦД 2 типу та ожирінням становив $22,31 \pm 1,91$ пг/мл порівняно з пацієнтами на ГІМ – $11,02 \pm 1,93$ пг/мл та з контрольною групою – $5,02 \pm 2,04$ пг/мл. Рівень FABP-4 в сироватці крові у пацієнтів на ГІМ з супутнім ЦД 2 типу становив $16,19 \pm 1,47$ пг/мл порівняно з пацієнтами на ГІМ – $11,02 \pm 1,93$ пг/мл та з контрольною групою – $5,02 \pm 2,04$ пг/мл. Рівень FABP-4 в сироватці крові був вищим у пацієнтів на ГІМ з супутнім ЦД 2 типу та ожирінням порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). Рівень FABP-4 в сироватці крові був вищим у пацієнтів на ГІМ з супутнім ЦД 2 типу порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

Висновки: підвищення рівня FABP-4 в сироватці крові пов'язане з наявністю гострого інфаркту міокарда у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом 2 типу та ожирінням. Результати дослідження свідчать, що FABP-4 може бути новим біомаркером прогнозування розвитку гострого інфаркту міокарда в залежності від наявності цукрового діабету 2 типу та ожиріння.

ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИЗНАЧЕННЯ ВАЛСАРТАНА І ТЕЛМІСАРТАНА ПАЦІЄНТАМ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кошкіна М. В.

*Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої
медицини №2, клінічної імунології та алергології імені Л. Т. Малої,
м. Харків, Україна*

Введення: відомо, що пацієнтам з ішемічною хворобою серця (ІХС) необхідно призначати препарати для контролю артеріального тиску. Серед них є група блокаторів системи ренін-ангіотензин-альдостерон (БРА). Є дані, що призначення БРА покращує прогнози прогресу ІХС.

Результати та обговорення: БРА мають ряд переваг під час вибору препарату для пацієнтів з ІХС і цукровим діабетом (ЦД) 2 типу. Насамперед, ця група препаратів демонструє значну ефективність контролю артеріального тиску, високу переносимість та економічну доступність. Препарати цієї групи також мають виражену органозахисну дію, зокрема, пряму кардіозахисну дію, що проявляється у вигляді значної регресії гіпертрофії міокарда лівого шлуночка. Саме цей ефект дозволяє домогтися поліпшення внутрішньокардіальної гемодинаміки, а, отже, і знизити ризики тромбозу та агрегації. Це також уповільнює розвиток фіброзу в гіпертрофованому міокарді і, як наслідок, розвиток серцевої недостатності.

Відомо, що БРА можуть поліпшити метаболічні характеристики, знижуючи рівні маркерів запалення, стимулюючи систему брадикініну і зменшуючи ендотеліальну дисфункцію. Крім того, нефропротективний ефект БРА у пацієнтів з ЦД 2 типу у вигляді зниження мікроальбумінурії і уповільнення розвитку діабетичної нефропатії був доведений в дослідженні MARVAL, серед них найкращі результати мали телмісартан і валсартан. Також відомий метаболічний ефект БРА у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями і ЦД типу 2 у вигляді підвищеної чутливості тканин до глюкози.

Висновки: БРА можуть знизити ймовірність розвитку серцево-судинних подій і смерті від причин, пов'язаних із серцево-судинною системою у пацієнтів з ІБС із супутнім СД типу 2. Всі ці фактори призводять до вибору БРА, що призначаються в якості ліків для лікування ІБС у пацієнтів з ІБС і ДМ типу 2, а саме до використання телмісартану і валсартану.

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПІВ
ТРАНСМІТРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ
З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ**

Кошкіна М. В., Шапаренко О. В.

*Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої
медицини №2, клінічної імунології та алергології імені Л. Т. Малої,
м. Харків, Україна*

Мета: порівняти типи трансмітрального кровотоку у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу в залежності від статі.

Матеріали і методи: для проведення дослідження до обстеження було залучено 37 хворих з середнім віком $66,2 \pm 3,42$ років, що знаходились на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «Міська клінічна лікарня № 27» Харківської міської ради. Усі пацієнти в рамках даного дослідження мали встановлений діагноз ІХС та ЦД 2 типу. У рамках дизайну дослідження було сформовано наступні групи: першу групу склали 18 осіб чоловічої статі, середній вік в цій групі склав $65,8 \pm 3,69$ років; до другої групи увійшли 19 осіб жіночої статі, середній вік в цій групі склав $66,7 \pm 3,18$ років. Для встановлення діагнозу всім учасникам дослідження було проведено стандартне обстеження згідно чинних наказів МОЗ України. Для верифікації діагнозу ЦД 2 типу в сироватці крові всіх хворих визначали гликозильований гемоглобін за допомогою фотометричного методу з використанням тест-системи Reagent (Україна) та глюкозу за допомогою глюкозоксидазного методу натще. Для визначення типу трансмітрального кровотоку всім хворим виконувалось ехокардіографічне дослідження за допомогою ультразвукового апарату RADMIR (Ultima PRO 30) (Україна). Математична обробка отриманих результатів проводилась з використанням пакету програм Statistica 8.0 (StatSoft Inc, USA).

Результати: в 1 групі хворих на ІХС та ЦД 2 типу (чоловіки) виявлено наступний розподіл за типами трансмітрального кровотоку: 72,3% з них мали тип псевдонормалізації, 22,2% – рестриктивний тип, 5,5% – тип порушення релаксації, нормального типу трансмітрального кровотоку в цій групі виявлено не було. У групі осіб жіночої статі (2 група) були отримані наступні дані: 68,4% мали тип псевдонормалізації, 21,1% – рестриктивний тип, 5,2% – тип порушення релаксації, 5,2% – нормальний тип трансмітрального кровотоку.

Висновок: було виявлено, що у хворих на ІХС та ЦД 2 типу трансмітральний кровоток за типом псевдонормалізації зустрічається частіше за інші типи, рідше – рестриктивний тип, тип порушення релаксації та нормальний тип не є характерними для цієї групи пацієнтів і зустрічаються дуже рідко. Значних відмінностей в залежності від статі під час вивчення розподілу типів трансмітрального кровотоку у таких пацієнтів нами не було встановлено.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ АДИПОКІНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Кравчун П. Г., Кадикова О. І., Табаченко О. С., Шапаренко О. В.

*Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,
імені академіка Л.Т. Малої,
м. Харків, Україна*

Вступ: артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найбільш поширених хронічних захворювань людства, від якого страждають більше 1 мільярда людей у всьому світі. У загальній популяції поширеність АГ становить близько 30-45%, але швидко збільшується з віком. Ожиріння збільшує ризик метаболічних захворювань, таких як АГ, діабет і дисліпідемія, що призводить до збільшення серцево-судинної захворюваності та смертності.

Мета дослідження – оцінити патогенетичне значення порушень адипокінового обміну у хворих на артеріальну гіпертензію та ожирінням шляхом дослідження циркулюючих рівнів адипонектину, резистину, апеліна-12 і обестатину.

Матеріали і методи дослідження: у дослідження було включено 86 пацієнтів, серед яких 44 пацієнтів з АГ (середній вік $59,65 \pm 3,26$ років) і 42 пацієнта з АГ і супутнім ожирінням (середній вік $61,45 \pm 4,87$ рік). Групи були порівнянні за статтю і віком.

Результати та їх обговорення: при проведенні аналізу досліджуваної популяції рівень циркулюючого резистину ($20,44 \pm 0,32$ нг/мл проти $15,13 \pm 0,27$ нг/мл, $p < 0,001$) був вище у суб'єктів з ожирінням і АГ, ніж в осіб без ожиріння, тоді як апелін-12 ($1,46 \pm 0,08$ нг/мл проти $1,38 \pm 0,06$ нг/мл, $p = 0,4259$) і рівні обестатину ($2,86 \pm 0,09$ нг/мл проти $3,12 \pm 0,12$ нг/мл, $p = 0,0867$) не розрізнялися між двома групи. Рівень циркулюючого адипонектину ($7,04 \pm 0,43$ нг/мл проти $2,18 \pm 0,38$ нг/мл, $p < 0,001$) був вище у пацієнтів з АГ, ніж у пацієнтів з ожирінням. Скоригований аналіз множинної логістичної регресії показав, що суб'єкти з найвищим тертілем адипонектину [ОШ = 4,19, 95% ДІ = (2,01-10,36), $p = 0,00067$] з більшою ймовірністю мали АГ. У свою чергу, пацієнти з найвищим тертілем резистину з більшою ймовірністю страждали ожирінням ОШ = 4,78, 95% ДІ = (1,92-8,80), значення $p = 0,00019$.

Висновки: при проведенні аналізу досліджуваної популяції циркулює рівень резистину був вище у суб'єктів з ожирінням і артеріальною гіпертензією, ніж у осіб без ожиріння, тоді як рівні апеліна-12 і обестатина не розрізнялися між двома групами. Рівень циркулюючого адипонектину був вище у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, ніж у пацієнтів з коморбідним ожирінням. Пацієнти з найвищим тертілем резистину частіше мали ожиріння, а пацієнти з найвищим тертілем адипонектину частіше мали артеріальну гіпертензію.

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ПРИСТРОЇВ ДЛЯ ПАЛІННЯ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПІДЛІТКІВ

Кривенко Л. С., Тіщенко О. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

На сьогоднішній день куріння є основною причиною розвитку більшості захворювань по всьому світу. Тривожним фактом є активне залучення молоді до паління, оскільки чим менше вік початку паління – тим більш згубний вплив воно має на здоров'я та тим динамічніше розвивається епідемія. Згідно даних Глобального дослідження вживання тютюну серед підлітків, близько 40,3% пробували палити, з них 23% використовують електронні сигарети та регулярно їх палить кожен п'ятий підліток. У 2015 році в Україні тільки 5,5% підлітків використовували електронні сигарети, зараз 20% курять їх щодня. Дослідження щодо потенційних наслідків використання електронних сигарет для здоров'я порожнини рота підлітків обмежені.

Мета: визначення стоматологічного статусу підлітків, що використовують електронні пристрої для паління.

Матеріали та методи: дослідження проводилося серед 20 підлітків (11 хлопців та 9 дівчат), які систематично використовують електронні сигарети, віком від 13 – 18 років, що звернулися з метою профілактичного огляду. Критеріями включення пацієнтів у групу спостереження було: використання тільки електронних сигарет. Оцінка стоматологічного статусу складалася з визначення індексів КПВ, ОHI-S (Green J.C., Vermillion J.K., 1964), РМА (ShourI., Massler M., 1947) в модифікації Parma 1960.

Результати: в результаті дослідження виявлено 100% поширеність карієсу в даній віковій групі. індекс КПВ дорівнював $7,02 \pm 0,43$. Рівень гігієни характеризувався як незадовільний та в середньому склав $1,8 \pm 0,22$. Індекс РМА дорівнював $34,5 \pm 0,53$ %, що відповідає середньому ступеню важкості гінгівіту.

Висновки: з кожним днем користувачів електронних приладів для паління стає дедалі більше, особливо це використання поширюється серед підлітків. Використання електронних пристроїв для паління надає такий же негативний вплив на здоров'я тканин порожнини рота, як паління звичайних сигарет. У підлітків, які використовують електронні пристрої для паління визначається тенденція до погіршення гігієнічного стану порожнини рота та зростають показники, що характеризують запалення ясен, що є підґрунтям для проведення подальших досліджень. Необхідно підвищити обізнаність про стоматологічні проблеми, пов'язані з використанням електронних пристроїв для паління, і націлити групу курців на програми з припинення паління. Це дозволить підліткам подолати погані звички, поліпшити гігієну порожнини рота та мати добре здоров'я, яке необхідне для загального благополуччя.

ОЦІНКА БІОМАРКЕРУ КИШКОВОГО БАР'ЄРУ I-FABP ТА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Криворучко І. А., Гончарова Н. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У пацієнтів з гострим панкреатитом (ГП) травний канал (ТК) є достатньо уразливим, виникнення його дисфункції відіграє суттєву роль у розвитку ускладнень захворювання. Відомо, що I-FABP міститься у епітеліальних клітинах тонкої кишки, а в літературі у теперішній час активно обговорюється діагностичне значення підвищення цього біомаркери в крові у тяжкої категорії пацієнтів, у тому числі й при ГП.

Мета: визначити можливість використання I-FABP разом із показниками перфузійного тиску черевної порожнини для діагностики пошкодження ТК та оцінки тяжкості ГП.

Матеріали і методи: проведено проспективне одноцентрове дослідження 58 пацієнтів. Оцінювали динаміку клініко-лабораторних показників, APACHE II score, AGI grade та параметри перфузійного тиску черевної порожнини у всіх хворих, зміни I-FABP у 27 (46,6%) при госпіталізації та через 48 годин проведення комплексного лікування.

Результати: рівень I-FABP у сироватці крові через 48 годин у середньому підвищувався на 69,8%, показав хорошу точність для прогнозування тяжкості пошкодження ТК через 48 годин, у порівнянні з початковим рівнем AGI grade (площа під ROC-кривою 0,913) при пороговому значенні I-FABP 1350 pg/ml з чутливістю 0,95 та специфічністю 0,9. Виявлена хороша прогностична цінність між показниками APACHE II score та рівнем перфузійного тиску в черевній порожнині при госпіталізації пацієнтів (площа під ROC-кривою 0,889) та через 48 годин (площа під ROC-кривою 0,929) проведення комплексного лікування. Установлено, що тяжкість стану пацієнтів за шкалою APACHE II можна прогнозувати за рівнем перфузійного тиску при госпіталізації хворих (порогове значення 72,1 мм Нг, чутливість 0,82, специфічність 0,83) та через 48 годин комплексного лікування (порогове значення 62 мм Нг, чутливість 0,86, специфічність 0,92). Не дивлячись на отримані докази того, що рівень I-FABP у сироватці крові є цінним та об'єктивно раннім (через 48 годин) предиктором тяжкості пошкодження ТК, тільки цей показник не може використовуватися, як для оцінки тяжкості й прогнозу перебігу ГП, так і для оцінки тяжкості пошкодження ТК при цьому захворюванні.

Висновок: рівень сироваткового I-FABP є цінним, об'єктивно раннім предиктором пошкодження ТК при ГП. Тяжкість стану пацієнтів можна прогнозувати не тільки використовуючи APACHE II score, але й оцінюючи перфузійний тиск у черевній порожнині у процесі проведення комплексної інтенсивної терапії.

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ВИРАЖЕНОСТІ
СИМПТОМІВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ
АЦЕТИЛЦИСТЕЇНОМ**

Кузьменко Н. М., Яременко О. Б., Добрянський Д. В., Ільницький Р. І.

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

Мета: визначити вплив ацетилцистеїну на вираженість проявів хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та показників якості життя хворих при інгаляційному та пероральному застосуванні препарату.

Матеріали і методи: обстежено 46 хворих з діагнозом ХОЗЛ, яких на момент включення в дослідження турбував кашель з виділенням мокротиння. Серед учасників було 38 чоловіків (82,6%) та 8 жінок (17,4%) у віці від 49 до 78 років (в середньому $63,3 \pm 6,94$ років), з тривалістю хвороби від 1 до 14 років ($7,8 \pm 4,81$). Шляхом рандомізації було сформовано дві групи хворих. Пацієнти першої групи ($n=22$) отримували розчин ацетилцистеїну внутрішньо у вигляді порошку, попередньо розчиненого в склянці питної води, по 200 мг 3 рази на добу після їжі протягом 10 днів. Хворі другої групи ($n=24$) отримували 10-денний курс лікування ацетилцистеїном інгаляційно через небулайзер по 3 мл 10% розчину за один сеанс 2 рази на добу. Пацієнти продовжували отримувати базисну терапію в незмінному режимі під час проходження дослідження. Динаміку стану хворих оцінювали за допомогою стандартизованих опитувальників: CCQ, CAT, mMRC, SF-36, SGRQ, шестибальної шкали оцінки кашлю в денний та нічний час, а також тесту із 6-хвилинною ходьбою.

Результати: в групі пацієнтів, які отримували ацетилцистеїн перорально, відмічено суттєве покращання стану хворих за результатами опитувальника CCQ (зниження на 9,7%) та зменшення вираженості нічного кашлю на 36,0%. За даними інших опитувальників, результатами тесту з 6-хвилинною ходьбою значущої динаміки не зареєстровано. Водночас у хворих, які отримували ацетилцистеїн інгаляційно, зареєстровано достовірні позитивні зміни результатів опитувальника CAT (зниження на 13,1%) та SF-36 за рахунок покращення фізичної та соціальної активності і загального сприйняття здоров'я та зменшення симптомів нічного кашлю (на 36,8%). При цьому бальна оцінка за даними mMRC, CCQ, SGRQ, симптоми денного кашлю суттєво не змінювалися. При порівнянні динаміки показників між групами статистично значущої різниці не знайдено.

Висновок: у хворих зі стабільним перебігом ХОЗЛ та наявності продуктивного кашлю як пероральне, так і інгаляційне застосування ацетилцистеїну протягом 10 днів має схожий позитивний вплив на симптоми захворювання, але інгаляційний шлях застосування препарату також супроводжується покращенням якості життя.

ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ВИЯВЛЕННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ТЛІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Кулініч Г. В., Гладких Ф. В., Севастьянова В. С.

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

За даними Національного канцер-реєстру в Україні рак грудної залози (РГЗ) входить у п'ятірку найрозповсюдженіших в світі онкологічних захворювань. Успішність лікування значно пов'язана із наявністю супутньої патології, актуальним є своєчасне виявлення та профілактика коморбідних станів.

Мета: провести порівняльну характеристику частоти коморбідних станів у хворих на РГЗ, яким проведено променеву терапію зі структурою поширеності окремих хвороб серед населення України.

Матеріали і методи: проведено ретроспективний аналіз 81 історії хвороби пацієнток з РГЗ, які перебували на стаціонарному лікуванні у ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України» за період 1994–2018 рр., лікувальна тактика в яких включала проведення променевої терапії. Структура поширеності окремих хвороб серед населення України за класами згідно МКХ-10 у 2017 р. наведено за даними МОЗ України.

Результати: проведене дослідження показало, що у хворих на РГЗ найчастіше діагностуються хвороби системи кровообігу (29,6 %), нервової системи (14,6 %), органів травлення (14,6 %) та органів дихання (11,4 %).

Серцево-судинні захворювання, хвороби органів дихання та ендокринної системи у хворих на РГЗ зустрічаються рідше або на співставному рівні із загальнопопуляційними показниками поширеності хвороб серед населення України. Так, захворювання органів дихання у хворих на РГЗ, яким проведено променеву терапію, виявлені лише у 11,4 % хворих, в той час як загальнонаціональний показник становить 24,5 %. На нашу думку це пов'язано з тим, що загальнонаціональний показник відображає стан здоров'я всього населення незалежно від статі. У той же час привертає увагу гендерним детермінізмом вживання тютюнових виробів в Україні та світі, що виступає передумовою низки захворювань дихальної системи. Так за даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS) в Україні у 2017 р. вживання тютюну відмічено у 40,1 % чоловіків та 8,9 % жінок. Частотний аналіз показав, що захворювання нервової системи у хворих на РГЗ статистично вірогідно ($p < 0,05$) діагностуються у $1,784 \pm 0,132$ (95 % ДІ: 1,378–2,310) рази частіше ніж серед населення України загалом. В той же час, у хворих з патологією нервової системи РГЗ зустрічається у $5,706 \pm 0,650$ (95 % ДІ: 1,597–20,386) разів частіше.

Висновок: найпоширенішою супутньою патологією у хворих на РГЗ виступають хвороби системи кровообігу, нервової системи, органів травлення та дихання. Захворювання нервової системи у хворих на РГЗ діагностуються у 1,78 рази частіше ніж серед населення України загалом.

ЦИРКУЛЮЮЧИЙ РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ З УРАЖЕННЯМ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Кушнір Л. Д., Вівсянник В. В.

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб,

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

У даний час є достатня кількість даних, які вказують на значну роль різних видів цитокінів і хемокінів в патогенезі хронічної хвороби нирок.

Метою нашого дослідження було вивчити концентрацію циркулюючого ІЛ-10 в сироватці крові у хворих з хронічною хворобою нирок (ХХН) II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШДПК).

Матеріали та методи обстеження: обстежено 66 хворих (52 жінок та 24 чоловіків), які були поділені на дві групи: I група з ХХН II-III стадії ($n=52$, із них 38 – з ЕВУШДПК), у віці ($67,5 \pm 1,4$) років (дані представлені як середні \pm стандартна помилка), ІМТ (індекс маси тіла) ($71,8 \pm 1,1$) кг/м. Діагноз ХХН виставляли згідно з класифікацією хронічної хвороби нирок та ШКФ. II групу склали 34 хворих без ЕВУШДПК у віці ($58,67 \pm 1,7$) років, ІМТ ($63,0 \pm 1,0$) кг/м. До обстеження хворі не приймали медикаментозного лікування. Концентрацію ІЛ-10 в сироватці крові визначали імуноферментним методом (ELISA). Статистичну обробку проводили за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Результати: нами виявлено підвищення рівня ІЛ-10 в I групі – ($117,9 \pm 37,9$) пг/мл у порівнянні з показниками в II групі обстежених без ЕВУШДПК ($91,9 \pm 19,6$) пг/мл, $p < 0,05$. При вивченні кореляційних взаємозв'язків в загальній групі обстежених хворих знайдено наявність позитивного кореляційного взаємозв'язку рівня ІЛ-10 з ІМТ – $r=0,96$; $p < 0,05$.

Висновок: у хворих з поєднаною патологією супроводжується підвищенням рівня ІЛ-10 в сироватці крові, що в подальшому може сприяти розвитку та погіршенню протікання хронічної хвороби нирок II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА *HELICOBACTER PYLORI*-АСОЦІЙОВАНУ ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ЯКА ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Кушнір Л. Д., Гараздюк І. В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

За даними ВООЗ виразкова хвороба шлунка (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК), а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одні з найбільш розповсюджених хронічних захворювань травного каналу та органів дихання (WHO, 2003). За даними світової статистики від 5 до 7,5% населення страждає від поєднання цих патологій. Численні дослідження доводять одну з ключових ролей ендотеліальної дисфункції (ЕД) у виникненні та прогресуванні ВХШ і ДПК та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Мета: визначення ендотеліальної дисфункції за показниками васкулоендотеліального фактора росту (VEGF) та монооксиду нітрогену (NO).

Матеріали та методи: обстежено 34 хворих на *Helicobacter pylori* (НР)-асоційовану ВХШ та ДПК, яка перебігає на тлі ХОЗЛ (1-а група), 32 хворих на НР-асоційовану ВХШ та ДПК без супровідної патології (2-а група) та 12 практично здорових осіб (3-тя група).

Результати: встановлено, що у хворих на НР-асоційовану ВХШ та ДПК, яка перебігає на тлі ХОЗЛ, спостерігається більш виражена ендотеліальна дисфункція, ніж у хворих на ВХШ та ДПК без супровідної патології. У обстежених 1-ої групи виявляється істотне зростання рівня VEGF та зниження синтезу NO, на відміну від пацієнтів 2-ої групи, у яких під час рецидиву спостерігається зниження активності як VEGF, так і NO.

Висновок: таким чином, у хворих на НР-асоційовану ВХШ та ДПК під впливом гіпоксії, спричиненої ХОЗЛ відбувається активація процесів ангіогенезу з утворенням функціонально мало- або неактивних ендотеліоцитів. Істотне зниження виділення ендотеліоцитами NO сприяє недостатній вазодилатації та ішемії ураженої ділянки, що поглиблює мікроциркуляторні розлади з розвитком виразкового дефекту. Перспективою подальших досліджень є застосування лікарських засобів, які будуть ефективно корегувати ендотеліальну дисфункцію.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Сімонова О. В., Коненко І. С.,
Шевцова О. М., Гончар Г. В., Бочаров Г. І.

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

Мета: визначити особливості передракових змін слизової оболонки шлунка у хворих залежно від структурних змін щитоподібної залози.

Матеріали і методи: 46 хворих розділено на групи за змінами у структурі щитоподібної залози. I група – 19 осіб із вузловими змінами, II – 18 осіб із дифузними змінами, III – 8 осіб без змін. Критерії відбору до обстеження – атрофія та/або кишкова метаплазія за даними гістологічного дослідження біоптатів. При морфологічній оцінці структурних змін до уваги брали передракові зміни – атрофія тіла шлунка, кишкова метаплазія тіла та/або антрального відділу шлунка, кута шлунка. Структуру щитоподібної залози визначали ультразвуковою методикою. Вузлові утворення класифікували за TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System).

Результати: у пацієнтів із вузловими змінами щитоподібної залози у 1,9 разу частіше виявляли атрофію у тілі шлунка, порівняно із пацієнтами із дифузними змінами ($p=0,06$), та у 1,4 разу частіше – із пацієнтами без змін ($p>0,05$). Кишкову метаплазію у тілі шлунка у хворих із вузловими змінами також у 1,7 разу спостерігали частіше, ніж у пацієнтів із дифузними змінами ($p=0,064$), та у 1,8 разу – ніж у хворих без змін ($p>0,05$). Морфологічні зміни як у вигляді атрофії, так і кишкової метаплазії у куті шлунка найчастіше виявляли у I групі хворих – у 93,7% ($n=16$), що на 31,2% частіше, порівняно із пацієнтами II групи – 62,5% ($n=10$), ($p=0,03$). Поєднання інтестинальної метаплазії у тілі та у куті шлунка у пацієнтів з вузловими змінами також виявляли у 2,4 разу частіше, ніж у пацієнтів з дифузними змінами ($p<0,05$), а у групі осіб без змін у структурі щитоподібної залози не виявляли зовсім. Передракові зміни слизової оболонки у тілі та куті шлунка асоціювалися зі структурними змінами у щитоподібній залозі за TI-RADS: атрофія у тілі ($r=0,418$; $p=0,007$), кишкова метаплазія у тілі ($r=0,397$; $p=0,011$), кишкова метаплазія у куті шлунка ($r=0,366$; $p=0,024$). Кореляційні зв'язки із TI-RADS виявлені і при аналізі поєднання структурних передракових змін різних локалізацій: кишкова метаплазія у тілі та антрумі ($r=0,367$; $p=0,023$), дифузна кишкова метаплазія у тілі, антрумі та куті шлунка ($r=0,471$; $p=0,006$), кишкова метаплазія у тілі та куті шлунка ($r=0,551$; $p=0,001$).

Висновок: отримані дані свідчать про важливість комплексної оцінки передракових змін слизової оболонки шлунка та можливу єдність патогенетичних механізмів їх формування у взаємозв'язку із патологією щитоподібної залози.

**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНАХ ШЛУНКА
ПРИ ПОЄДНАННІ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА
З УРАХУВАННЯМ ОЗНАК ВЕГЕТАТИВНИХ ЗМІН**

ЗА АНКЕТОЮ ВЕЙНА А. М.

Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Шевцова О. М.,

Коненко І. С., Ярош В. М., Васильєва І. О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,

м. Дніпро, Україна

Мета: вивчити клінічні прояви у хворих із передраковими станами шлунка в умовах коморбідності.

Матеріали і методи: 46 обстежених хворих розділено за змінами у структурі щитоподібної залози: I група – 19 осіб із вузловими змінами, II – 18 осіб із дифузними змінами, III – 8 осіб без змін у структурі щитоподібної залози. Критерії відбору до обстеження: атрофія та/або кишкова метаплазія слизової оболонки шлунку за даними гістологічного дослідження. Проводили опитування за анкетой Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), що включало у себе 15 питань щодо симптомів. Ступінь їх вираженості оцінювали за 7-бальною шкалою Лайкерта. Відповіді згруповані за проявами синдрому абдомінального болю, рефлюкс-синдрому, диспептичного синдрому, діарейного синдрому та синдрому закрепів та за сумарною оцінкою інтенсивності симптомів. Ознаки вегетативних змін враховувалися за анкетой Вейна А.М.

Результати: середній вік по групах становив: I група ($65,4 \pm 1,9$) року, II група ($55,8 \pm 3,2$), III група ($57,7 \pm 3,6$). Пацієнти I групи були старшими, порівняно із II ($p < 0,01$) та III-ю ($p > 0,05$). Частота провідних симптомокомплексів у групах не мала значної різниці, але майже вдвічі рідше виявляли діарейний синдром у I-й групі, ніж у II ($p = 0,09$). У значній мірі виявляли як симптоми абдомінального больового, так і диспептичного синдрому та, здебільшого, у поєднанні із проявами рефлюксу. У II групі спостерігали більшу інтенсивність рефлюкс-синдрому ($4,53 \pm 0,84$), ніж у хворих II групи ($3,84 \pm 0,73$), ($p < 0,05$), та більшу інтенсивність диспептичного синдрому ($10,17 \pm 0,92$), ніж у I групі ($7,10 \pm 1,07$), ($p < 0,05$). Інтенсивність деяких синдромів асоціювалася із кількістю балів пацієнтів за Вейном: кількість балів за Вейном та абдомінальний біль ($r = 0,334$; $p = 0,030$), діарейний синдром ($r = 0,383$; $p = 0,012$), диспептичний синдром ($r = 0,338$; $p = 0,029$), загальна інтенсивність проявів ($r = 0,473$; $p = 0,002$).

Висновок: у всіх трьох групах спостерігаються прояви основних клінічних синдромів. Пацієнтів із дифузними змінами у щитоподібній залозі відрізняє більша інтенсивність рефлюкс-синдрому та диспептичного синдрому, порівняно із пацієнтами лише із вузловими змінами ($p < 0,05$ та $p < 0,05$, відповідно). Зв'язок клінічних проявів та показників вегетативного дисбалансу свідчить про значний внесок порушень у цій сфері у формування клінічної симптоматики.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ЛЕГКОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Лекомцева Є. В.

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків, Україна*

Мета: дослідити особливості клінічного перебігу віддалених наслідків легкої закритої черепно-мозкової травми (лЗЧМТ) для розробки патогенетичних диференційно-діагностичних та прогностичних критеріїв.

Матеріали і методи: проведено аналіз клінічних та параклінічних даних у 47 хворих на різні типи перебігу віддалених наслідків лЗЧМТ, з них 16 жінок (34,04%) та 31 чоловік (65,96%). Середній вік хворих складав $41,18 \pm 8,62$ років; серед них, хворі, що зазнали струс головного мозку ($n=29$; 61,71%) – 1 група та хворі з віддаленим наслідком лЗЧМТ після забою головного мозку легкого ступеню важкості ($n=18$; 38,29%) – 2 група.

Результати: обстеження хворих виявило наявність у структурі синдромів практично у всіх хворих синдрому вегетативної дистонії (СВД). Перманентні вегетативні порушення у структурі СВД спостерігалися у всіх хворих 1 групи. Пароксизмальний тип СВД спостерігався у 9 хворих (31,03%) 1 групи та мав перебіг переважно по парасимпатичному типу; та у 4 хворих (22,2%) 2 групи та мав перебіг за симпато-адреноловим типом. При вивченні функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) у 16 хворих (55,18%) 1 гр. спостерігалася парасимпатична направленість вегетативного тону ($p < 0.05$), що має клініко-патогенетичне значення при формуванні віддалених наслідків легкої ЗЧМТ після перенесеного струсу головного мозку. Дані дослідження вегетативної реактивності виявляють у 68,96% пацієнтів 1 групи підвищену вегетативну реактивність – парасимпатикотонію ($p < 0.05$) та у частини ($n=2$; 6,89%) виявлялася вегетативна реактивність з посиленням симпатичної активності – симпатикотонія. Дослідження реактивності по 2 групи показало парасимпатикотонію у 11 хворих (61,11%) та симпатикотонію у 3 хворих (16,67%). Отримані результати свідчать, що перебіг віддалених наслідків лЗЧМТ супроводжується певним вегетативним дисбалансом, що має важливе клініко-патогенетичне та прогностичне значення у формуванні віддалених наслідків, що враховувати у подальшому комплексному патогенетично обґрунтованому лікуванні даної категорії хворих та проводити їм тривалу консервативну терапію засобами, що покращують їх вегетативний стан.

Висновок: у хворих із віддаленими наслідками лЗЧМТ спостерігаються вегетативні розлади, які проявлялися вегетативними порушеннями у вигляді перманентного та пароксизмального СВД та характеризувалися парасимпатичною спрямованістю при оцінці вегетативного тону й реактивності та були більш виразними у хворих, що зазнали струсу мозку.

ДИНАМІКА КОНЦЕНТРАЦІЇ ЦИТОКЕРАТИНУ-18 В ПЛАЗМІ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ НА СІМЕЙНУ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЮ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ТЛІ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Мазніченко Є. О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Метою дослідження було оптимізація лікування хворих на сімейну гіперхолестеринемію та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) шляхом додаткового до стандартних лабораторних тестів визначення концентрації цитокератину-18 (ЦК-18) в плазмі крові на тлі персоніфікованої гіполіпідемічної терапії на амбулаторному та стаціонарному етапах.

Матеріали та методи: у дослідження було включено $n=74$ хворий, віком 48 ± 12 років. Усім пацієнтам було проведено комплексне обстеження: загально-клінічні обстеження, біохімічні (печінкові трансамінази (аланін-амінотрансфераза (АЛТ), аспартат-амінотрансфераза (АСТ)), ліпідограма (загальний холестерин (ЗХ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ)), імуноферментний (ЦК-18), визначення поліморфізму гена *SLCO1B1*, інструментальні (ультразвукове дослідження (УЗД), еластографія). Пацієнтів було розподілено на групи: І ($n=35$), які отримували розувастатин 20 мг/добу внутрішньо; аналогічна статинотерапія із додаванням гепатопротектору «Гепадиф» ($n=39$). Контроль лабораторних показників проводили на початку терапії та 90-у добу лікування.

Результати: пацієнтам було призначений розувастатин дозуванням 20 мг/добу відповідно до поліморфізму *SLCO1B1*. На 90-у добу терапії встановлено: рівні ЗХ, ЛПНЩ достовірно були менше в обох групах, але найбільше у ІІ: ЗХ менше на 46% $4,9\pm 0,72$ ммоль/л ($p=0,0001$), ЛПНЩ менше на 63% $4,9\pm 0,72$ ммоль/л ($p<0,01$); активність трансаміназ значуще менша у ІІ групі: АЛТ на 55% $30\pm 3,06$ Од/л ($p=0,001$), що на 50% ($p=0,005$) менше у порівняно до І групи, АСТ на 66% $29\pm 4,65$ Од/л ($p=0,001$) порівняно до вихідних даних. Міжгруповий аналіз результатів на 90-у добу виявив достовірно меншу концентрацію фрагментів ЦК-18 у пацієнтів ІІ групи на 53% 286 ± 21 ($p=0,001$) порівняно до вихідних даних та достовірно меншу на 48% ($p=0,001$) – порівняно до І групи. УЗД виявило, що 23 (64%) хворих мали 1 ступень стеатозу, що на 19 (52,8%) пацієнтів більше у порівнянні із початком лікування.

Висновки: пацієнти, які отримували монотерапію розувастатином, мали значуще зниження рівнів ЗХ та ЛПНЩ ($p<0,05$), проте цільового рівня не досягали. АЛТ, АСТ, ЦК-18 та результати УЗД значуще не змінювались. У хворих ІІ групи виявлені достовірно менші рівні ЗХ, ЛПНЩ ($p<0,04$), менша активність АЛТ, АСТ ($p<0,02$) та покращення даних УЗД та значущому зниженні концентрації ЦК-18 ($p<0,03$).

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ В СТАНІ ВІДМІНИ З ОГЛЯДУ СВІТОВОГО ДОСВІДУ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Маркозова Л. М.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії й наркології НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Останнім часом людство потерпає від стресу, який спровокований природними, техногенними катастрофами, військовими конфліктами, тощо. Існує зв'язок між рівнем стресу в суспільстві та рівнем пов'язаних з алкоголем проблем (Ю. Е. Разводовский, 2004). Одна з головних поточних проблем у сфері охорони здоров'я більшості країн Європи, України в тому числі, – зловживання алкоголем. За даними ВООЗ (2019), алкоголь (А) – одна з трьох головних причин, прямо чи побічно підвищуючих смертність. Саме тому важливе значення для будь-якої країни має надання медичної допомоги (НМД) хворим із алкогольною залежністю (АЗ) (F 10. згідно до МКХ-10), в тому числі хворим в стані відміни алкоголю (СВА) (F 10.30), котрий проявляється від легкого ступеню проявів до стану з ускладненнями, що загрожують життю, а саме: СВА, ускладнений судомами (С) (F 10.31), СВА з делірієм (Д) (F 10.40), СВА з Д ускладнений С (F 10.41). Згідно до МКХ-10, СВА діагностується за наявності 2-х і більше з наступних симптомів, які розвиваються протягом декількох годин/днів після припинення вживання алкоголю (А): потіння, прискорене серцебиття, тремтіння рук, безсоння, нудота та блювота, галюцинації та марення, психомоторна ажитація, судоми.

Метою фармакотерапії при НМД хворим із АЗ в стані відміни алкоголю (ВА) є виконання наступних етапів: лікування симптомів СВА; попередження початкових та повторних епілептичних нападів в стані ВА, ускладненого С (F 10.31); профілактика та лікування стану ВА, ускладненого Д (F 10.40); профілактика медичних та психіатричних ускладнень СВА; профілактика психозу Корсакова; покращення ймовірності утримання; мінімізація несприятливих ефектів ліків; початок постійного медикаментозного лікування.

Згідно із світовими протоколами НМД, при цих станах рекомендовано застосування детоксикації, бензодіазепінів, бета-адреноблокаторів, антагоністів кальцію, антиконвульсантів, антипсихотиків. Щодо особливостей лікування, особам із АЗ в стані ВА не бажано в перші три доби призначати розчин глюкози, за нашими спостереженнями, розчин глутаргіну, пацієнтам похилого віку та пацієнтам із захворюваннями печінки слід призначати бензодіазепіни з короткою дією (доведеність С, RG 2).

Таким чином, безпека та ефективність лікування осіб із АЗ в стані відміни алкоголю визначається правильною оцінкою стану хворого з урахуванням особливостей надання терапії.

СУДОМИ В КЛІНІЦІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ХВОРИХ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ТА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЗАСАДІ СВІТОВОЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Маркозова Л. М.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії й наркології НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Проблема надання медичної допомоги хворим із алкогольною залежністю полягає як в діагностиці стану, в якому знаходиться пацієнт, у визначенні коморбідної патології, наданні адекватної фармакологічної, психотерапевтичної терапії, так і реабілітації й профілактики в тому числі рецидивів хвороби. Так, при діагностиці та лікуванні судом, викликаних зловживанням алкоголем треба враховувати, що існує складний зв'язок між тривалим вживанням алкоголю або різким припиненням його вживання та виникненням судом. Цей стан визначається за МКХ-10, як стан відміни алкоголю, ускладнений судомами (F 10.31) і належить до станів, що загрожують життю людини. Звісно, що до 15% пацієнтів із алкогольною залежністю мають судомні напади. Консенсус по відношенню до цієї теми в світовому медичному співтоваристві поки не сформований. Частка осіб із епілептичними нападами серед залежних від алкоголю не набагато вище, ніж в цілому в популяції, але ймовірність судом як мінімум в три рази вище. Судоми зазвичай починаються протягом 6-48 годин внаслідок різкого припинення вживання алкоголю після тривалого запою. Згідно до клінічних протоколів різних країн, пацієнтам слід провести нейровізуалізаційні дослідження (КТ або МРТ). Так як більшість судом, пов'язаних з алкоголем, це судоми *grand mal*, будь-які інші види судом можуть свідчити про наявність цереброваскулярної патології або супутнього захворювання метаболічного, інфекційного, травматичного, токсичного або неопластичного походження.

Після епілептичного нападу пацієнт повинен залишатися в стаціонарі як мінімум 24 години. Якщо у пацієнта раніше не було судом, ліків для запобігання судом можна не давати. Мета-аналіз з питання запобігання судом при стані відміни алкоголю свідчить про значне зниження частоти судом при прийомі бензодіазепінів та протиепілептичних препаратів. Антипсихотики цей ризик підвищують. Для цієї мети рекомендовані лоразепам і діазепам (доведеність А, RG 1). Лоразепам також ефективний для запобігання повторних епінападів. У пацієнтів, які припинили вживати алкогольні напої, судоми не поновлюються, тому немає сенсу призначати їм антиконвульсанти для профілактики (доведеність С).

Таким чином, важливим етапом у наданні допомоги хворим з алкогольною залежністю в стані відміни, ускладненого судомами, є не тільки надання ефективної фармакологічної допомоги, але й профілактика як важких станів, їх рецидивів, так і хвороби в цілому.

АНАЛІЗ ПРОТОКОЛІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Матковська Н. Р., Вірстюк Н. Г.

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

Мета: на основі аналізу протоколів патологоанатомічного дослідження вивчити особливості причин смерті у осіб з алкогольним цирозом печінки (АЦП).

Матеріали і методи: проведено аналіз 120 протоколів патологоанатомічного дослідження померлих на АЦП на базі патологоанатомічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні за період 2006-2017 рр. Середній вік хворих становив ($55 \pm 11,2$) років: жінок – ($44,1 \pm 8,6$) років, чоловіків – ($58,3 \pm 12,7$) років, середня тривалість захворювання – ($6,3 \pm 1,9$) років.

Результати: аналізуючи карти патологоанатомічного дослідження померлих зі встановленим діагнозом АЦП, виявлено, що більшість пацієнтів були молодого та середнього віку і померли внаслідок декомпенсованого ЦП з розвитком поліорганної недостатності. У всіх випадках мало місце ураження підшлункової залози, у половини з них виявлено ліподистрофію. Причиною смерті 57,5 % осіб була кровотеча з варикозних вен стравоходу та шлунку, у 14,2 % смерть наступила внаслідок розвитку панкреонекрозу, 5 % хворих померли внаслідок розвитку гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). У 36,7 % померлих супутньою хворобою була ішемічна хвороба серця (ІХС). Більше 70 % померлих мали атеросклеротичне ураження аорти, а у третини осіб були уражені коронарні судини.

Висновки: летальні випадки були зумовлені декомпенсацією ЦП, розвитком поліорганної недостатності, панкреонекрозу, кровотеч з поширених вен стравоходу і шлунку, ГЦК. Виявлене поєднання АЦП з ІХС, атеросклеротичними змінами судин вказує на значну поширеність порушення ліпідного обміну серед осіб з декомпенованим АЦП.

ДИНАМІКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В УКРАЇНІ

Мельник В. М., Матусевич В. Г., Веселовський Л. В.

*Державна установа «Національний інститут фтизіатрії та
пульмонології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук
України», м. Київ, Україна*

Мета: оцінити динаміку показників захворюваності, поширеності і смертності від хвороб органів дихання (ХОД) за останні 5 років в Україні.

Матеріали і методи: щорічні дані звітів медичних закладів, статистичний аналіз показників захворюваності та поширеності ХОД.

Результати: ХОД залишаються найрозповсюдженішою патологією в структурі захворюваності населення України та є глобальною проблемою охорони здоров'я. Матеріально-технічна база і кадровий потенціал пульмонологічної служби залишаються однією із найскладніших проблем. Так, з 2014 р. до 2018 р. зменшилась кількість пульмонологічних ліжок і ліжок торакальної хірургії на 23,3–16,3 % відповідно, їх забезпеченості – на 22,0–12,5 % відповідно (з 0,82 % до 0,64 %). Число закладів, які мають пульмонологічні кабінети зменшилась на 6,0 % (з 244 до 230), а кількість зайнятих посад пульмонологів – на 33,0 %. Забезпеченість лікарями-пульмонологами залишилась на одному рівні – 0,12 на 10 тис. населення. Динаміка показників захворюваності на ХОД та їх поширеності з 2014 до 2017 рр. майже не змінилась і складала у 2017 р. 15320,5–21474,5 на 100 тис. дорослого населення від 18 до 100 р., відповідно. Серед поширеності ХОД першість належить хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Разом з тим негативним є зростання захворюваності на бронхіальну астму (БА) на 31,0 % (з 23,0 до 30,2 на 100 тис. нас.). У структурі захворюваності ХОД важливе місце займають пневмонії (П). Позитивним є достовірне зменшення на 2,6 % захворюваності на П (з 394 до 384 на 100 тис. населення) та на ХОЗЛ на 5,3 % (з 164,4 до 155,8). Однак, лікарняна летальність при П зросла на 38,0 % і складала у 2017 р. 1,59 %. За той же період показник смертності від ХОД (на 100 тис. населення) зменшився на 17,0 % (з 34,5 до 28,7), а від хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів – на 27,7 % (з 19,5 до 14,1); на одному рівні залишились показники смертності від П та БА (11,7–0,3 відповідно у 2017 р.).

Висновок: ситуація з ХОД в країні залишається складною – в їх структурі спостерігаються високі показники захворюваності, значної поширеності, які з роками не змінюються. Є позитивні результати лікування хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів, пневмонії та ХОЗЛ, смертність від яких за останні роки не змінилась. Намітилася тенденція до руйнування інфраструктури пульмонологічної служби. Назріла необхідність проведення оптимальних заходів для підвищення ефективності діагностики, лікування хвороб органів дихання та їх фінансування.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ПРОФЕСІЙНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Мельник О. Г., *Дюльдєва Т. А., *Кривенко М. С., Стебліна Н. П.

Харківський національний медичний університет,

**Науково-дослідний інститут гігієни праці та професійних захворювань,
м. Харків, Україна.*

Епідеміологічні дослідження свідчать про те, що питома вага професійної бронхіальної астми (ПБА) серед усіх випадків бронхіальної астми (БА) становить від 2 % до 15 %. Варіабельність хвороби зумовлена характером діючого професійного фактора та індивідуальними властивостями організму працюючих.

Мета: оптимізувати шляхи досягнення контролю професійної бронхіальної астми (ПБА).

Матеріали та методи дослідження: в дослідження включено 38 хворих на ПБА. Усі хворі надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Середній вік обстежених склав 58 років. Стаж праці у хворих складав від 15 до 20 років. При обстеженні проводилось традиційне обстеження та додаткова оцінка за опитувальником з контролю астми (ACQ-5) та визначення рівня контролю БА. Вивчалася прихильність пацієнтів до медикаментозного лікування за скороченим тестом D.E. Morisky та психоемоційний стан шляхом оцінки наявності депресії за Беком.

Результати: комбінований та комплексний вплив промислових факторів визначає участь як імунних так і не імунних механізмів патогенезу ПБА. Звертають увагу досить пізня діагностика професійної бронхіальної астми і значне збільшення числа випадків астми тяжкого перебігу. Персоналізований підхід до терапії хворого БА з урахуванням фенотипу захворювання є вкрай важливим для оптимізації контролю захворювання. Анкетування за Беком виявило психологічні проблеми, зумовлені респіраторними захворюваннями у 48,9 % хворих. При тестуванні по шкалі Morisky привержені лікуванню були тільки 38,7 % хворих. Середній бал комплаєнтності пацієнтів за 4-х бальною скороченою шкалою складав $2,1 \pm 0,43$. Усі хворі отримували базову терапію БА. Групі хворих з важко контрольованою астмою додатково призначено монтелукаст натрію.

Висновки: терапія монтелукастом пригнічує бронхоспазм, знижує реакцію дихальних шляхів на антигени, зменшує кількість еозинофілів у периферичній крові та в мокротинні, покращує клінічний контроль ПБА: зменшує клінічні симптоми захворювання та ризик розвитку загострень та поліпшує психоемоційний стан, сприяє зменшенню потреби у рятівних інгаляторах (β_2 -агоністах короткої дії), знижує добову дозу інгаляційних кортикостероїдів. Результати роботи підтверджують необхідність включення препаратів з монтелукастом натрію в комплексну терапію хворих на ПБА.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ФАЗИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ НА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ЖІНОК

Мигович В. В., Матвійків Н. І., Попадинець І. Р.,

Мигович Л. Д., Дрогомерецька О. І.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність теми: згідно з сучасними даними, у 30-40% жінок, які хворіють астмою, спостерігається погіршення симптомів захворювання в різні фази менструального циклу (МЦ). Зміна балансу статевих гормонів у різні періоди життя може бути значущим фактором розвитку бронхіальної астми (БА) у жінок.

Мета: дослідити особливості перебігу БА в різні фази МЦ та оцінити вплив гормональних змін на якість життя (ЯЖ) жінок, хворих на астму.

Методи та матеріали: обстежено 50 жінок, які хворіють астмою, віком від 20 до 50 років. Нами розроблені спеціальні анкети для пацієнток, які включали відомості з анамнезу захворювання із виділенням причинних та тригерних факторів, частоти і тривалості загострень та ремісій, ефективності проведеної терапії, а також суб'єктивно оцінювався зв'язок основного захворювання та функціонування репродуктивної системи.

Рівень контролю астми визначався за допомогою Астма-контроль тесту (АКТ). Для оцінки ЯЖ використовували опитувальник MiniAQLQ. Об'єктивно оцінювалися вираженість симптомів БА в різні фази МЦ. Комплекс досліджень проводився на 5-7 день МЦ та в 21-24 день МЦ.

Результати дослідження: аналізуючи отримані дані, нами встановлено, що 34 жінки (68%) скаржились на погіршення нападів задухи, задишки, назальних симптомів, підвищення чутливості до різких запахів, зниження толерантності до фізичного навантаження в пізню лютеїнову фазу за 7-10 днів до менструації. Також відмічався вірогідно гірший контроль астми по АКТ в цей період ($p < 0,05$) та більша потреба хворих в швидкодіючих бронходилататорах. При аналізі заповнених анкет встановлено, що у 73,53% опитаних жінок зі змінами перебігу астми, в залежності від МЦ, астма була атопічною.

Оцінюючи інтегративний показник ЯЖ обстежених хворих на БА, ми виявили його взаємозв'язок з клінічною картиною та ступенем контролю захворювання. Кількість балів при оцінці ЯЖ також прямо корелювала з показниками ФЗД (ОФВ1 та ФЖЕЛ), ($r = 0,7$) ($p < 0,05$). Також нами виявлено прямий сильний кореляційний зв'язок між ступенем контролю захворювання та рівнем ЯЖ ($r = 0,8$) ($p < 0,05$).

Висновки: статеві гормони та коливання їх рівнів у різні фази МЦ жінки істотно впливають не лише на репродуктивну функцію, а й на якість життя та на функціонування органів дихання. Це необхідно враховувати при оцінці об'єктивного стану пацієнток та підборі ефективних схем лікування бронхіальної астми у жінок різних вікових груп.

ХАРКІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ТОВАРИСТВО ТЕРАПЕВТІВ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА ВИДАТНІ ОСОБИСТОСТІ

Милославський Д. К., Грідасова Л. М., Кулешова О. М.

*ДУ “Національний інституту терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,
м. Харків*

Харківське обласне товариство терапевтів (ХОТТ) стало самостійно функціонувати з 1910 р. Біля витоків його створення стояли відомі професори кафедр загальної патології медичного факультету Харківського університету (1805) – В. Ф. Дрейсіг, Ф. К. Альбрехт, К. О. Дюмонси, В. Г. Лашкевич. Їх учні і послідовники професора І. М. Оболенський (1841-1920), О. Х. Кузнєцов (1838-1910), Ф. М. Опенховський (1853-1914), П. І. Шатілов (1869-1921) відкрили кафедри терапії, сприяли створенню лікарень, формуванню медичних кадрів, розвинули традиції товариства. Після створення у 1861 році Харківського медичного товариства (ХМТ) засідання ХОТТ проводились спільно з представниками інших медичних товариств. Активну роботу в товаристві вели фізіолог, ендокринолог академік В. Я. Данилевський (1852 – 1939), мікробіолог І. І. Мечников (1845 – 1916). Предметом особливої гордості товариства стало створення Жіночого медичного інституту (1910 р.).

У ХХ столітті славетні сторінки в діяльність товариства внесли К. М. Георгієвський (1867-1933), І. І. Файншмидт (1875-1940), С. Я. Штейнберг (1891-1967), Р. І. Шарлай (1898-1960) та ін.

Головами Товариства терапевтів були такі відомі професори, як С. Г. Якушевич, В. М. Коган-Ясний, Є. А. Черніков, П. Ф. Ломакін, П. Ф. Фролов. Під час головування ХОТТ нашим вчителем, зав. кафедрою шпитальної терапії, засновником Інституту терапії та потужної терапевтичної школи в Україні академіком Л. Т. Малою (1919-2003 рр.) товариство було реорганізовано у єдине товариство терапевтів-кардіологів (1963 р.). У 2003 р. товариству повернули історичну назву.

Нині товариство плідно співпрацює з товариствами гастроентерологів, сімейної медицини, ендокринологів ХМТ, Асоціацією кардіологів, Асоціацією профілактичної медицини, Українським товариством терапевтів. Товариство систематично відзначає знаменні дати, ювілеї вчених, інститутів і кафедр, які беруть участь у його роботі. Пам'ятний монумент Голові ХОТТ академіку Л. Т. Малій був встановлений в холі Інституту терапії (2019 р.).

Сьогодні понад 1100 осіб є членами товариства. Основними проблемами діяльності товариства на теперішній час є: епідеміологія, рання діагностика, лікування та профілактика основних неінфекційних захворювань, питання гастроентерології, пульмонології, нефрології, реабілітація хворих з коморбідною патологією, організація терапевтичної допомоги населенню. ХОТТ має глибокі традиції, що базуються на славних звершеннях вітчизняної терапевтичної школи, і потужний творчий потенціал щодо подальшого розвитку.

АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ХАРАКТЕРОМ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ ТА ФАКТОРАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

Милославський Д. К., Снігурська І. О., Рєзнік Л. А., Божко В. В.,
Юшко К. О.

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

Мета: встановити зв'язки між особливостями характеру харчування (ОХХ) хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО) та факторами ризику (ФР) і ураження органів-мішеней.

Матеріали та методи: обстежено 68 хворих на АГ II ст., 2-3 ступеня віком 45-59 років. У 43 хворих на АГ діагностовано АО. Визначали показники вуглеводного, ліпідного та пуринового метаболізму. Діагностику ступеню та стадії АГ, АО, ФР проводили відповідно до рекомендацій ESC/ESH, 2018 та IDF, 2005. Хворим проведено анкетування щодо їх харчового раціону. ОХХ пацієнтів оцінювали за стандартними рекомендаціями, враховували харчові пристрасті, добовий калораж, розподіл макронутрієнтів, вживання основних груп харчових продуктів, повареної солі, цукру, напоїв, алкоголю, циркадні ритми прийомів їжі. Отримані дані проаналізовані за допомогою статистичної програми SPSS.

Результати: виявлено, що раціони більшості хворих на АГ з АО є незбалансованими за основними нутрієнтами – білками, жирами, вуглеводами (у 79 % хворих) та енергетичною цінністю (у 65 %), зі значним профіцитом калорій. Раціон хворих складався з висококалорійних продуктів, солодоців, копчених та смажених страв, слабоалкогольних напоїв, які провокують виникнення та прогресування ФР. Серед ОХХ домінували ігнорування сніданку, схильність до частих перекусів, пізньої вечері, зловживання солодощами, сіллю, копченими та смаженими стравами, алкогольними напоями. Встановлено зв'язки між ОХХ хворих на АГ з АО і наявністю та вираженістю у них ФР, які обумовлюють прогноз: між збільшенням енергоспоживання, профіцитом калорій (понад 500 ккал на добу) та частотою більш важкої АГ та більш вираженого АО; між надлишком насичених тваринних жирів (понад 6-10 % добового раціону) і рівнем тригліцеридів (ТГ) в крові; між збільшенням частки простих вуглеводів і кількості доданого цукру (понад 10 % добового раціону) та частотою початкових порушень вуглеводного обміну та інсулінорезистентності (ІР); між зловживанням протейнами, субпродуктами і "fast foods" та частотою гіперурикемії (ГУЕ). Виявлено асоціацію таких ОХХ, як надмірне вживання повареної солі, насичених жирів та простих вуглеводів з наявністю гіпертрофії лівого шлуночка, стенокардії.

Висновки: встановлено ряд відмінностей ОХХ у хворих на АГ з АО, в порівнянні з пацієнтами без АО. Виявлено асоціацію ОХХ з характером перебігу АГ та АО, частотою початкових порушень вуглеводного обміну, ІР, ГУЕ, рівнем ТГ крові, наявністю гіпертрофії лівого шлуночка, стенокардії.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ І ПРОГРЕСУВАННЯ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Милостива Д. Ф., Діденко В. І., Гайдар Ю. А.

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

Мета: дослідити морфологічні особливості формування і прогресування стеатозу та фіброзу у пацієнтів з хронічних дифузними захворюваннями печінки (ХДЗП).

Матеріали і методи: обстежено 4 хворих, які проходили лікування у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з приводу аутоімунного гепатиту. Пункційні біоптати печінки фіксували в 10% формаліні, проводили через ряд спиртів, поміщали в парафін. Гістологічні зрізи товщиною 3–5 мкм забарвлювали гематоксиліном та еозином, а також за методом Маллорі в модифікації Слінченка. Для морфометричного аналізу було наведено 2-3 стовпчики тканини, що містять від 4 до 6 порталних трактів. Комп'ютерна морфометрія використовувалась як додатковий метод об'єктивізації морфологічного дослідження. Зрізи, забарвлені за методом Маллорі в модифікації Слінченка, фотографувалися при збільшенні 40 і 100 світлового мікроскопа XSP-139TP (Мікромед, Україна). Паренхіма та фіброз була виділена і виміряна за допомогою програмного забезпечення ImageJ 1.45S (National Institutes of Health, США). Проводили розрахунок комп'ютерного індексу фіброзу (КІФ) — відношення фіброзної тканини до загальної площі біоптату.

Результати: типова морфологічна картина при ХДЗП представляла собою осередки крупнокрапельної жирової дистрофії на тлі відсутності фіброзу або тонких фіброзних септ, та незначного накопичення клітин запалення. Біоптати печінки хворих на ХДЗП характеризувалися в основному слабкою інфільтрацією і наявністю крупних жирових крапель в цитоплазмі гепатоцитів, що співпадало з діагнозом крупнокрапельної розповсюдженої жирової дистрофії при морфологічному дослідженні. У частини пацієнтів (50 %) з аутоімунним гепатитом індекс фіброзу склав 0,03, (відповідає стадії фіброзу F2) та 0,09 (відповідає стадії фіброзу F4), відповідно. На стадії фіброзу F2 починається процес капіляризації, проте простір Діссе ще не повністю заповнюється колагеновою тканиною, тому її можна ідентифікувати. Стан синусоїдів при цирозі (F4) також характеризувався повною капіляризацією, проте на препаратах був локалізований простір Діссе, незаповнений фіброзною тканиною.

Висновок: аутоімунний гепатит характеризувався інфільтрацією порталних трактів, вогнищами некрозу гепатоцитів, збільшення кількості лімфоїдних фолікулів, помірного фіброзування.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Михайловська Н. С., Базун Є. І., Кулініч Т. О., Мікаєлян Г. Р.

*Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна*

Мета: проаналізувати показники структурно-функціонального стану серця у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в залежності від наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи: проведений ретроспективний когортний аналіз 256 медичних карток стаціонарних хворих з січня 2016 по вересень 2019 року. Пацієнтів було розділено на 2 групи: 1 гр. (213 хворих) – хворі на ІХС із супутнім ЦД 2 типу, 2 гр. (43 хворих) – ізольована ІХС. Усім хворим здійснювалось загальноклінічне дослідження відповідно до сучасних стандартів. Еходоплеркадіоскопію проводили на ультразвуковому діагностичному сканері "MyLab40" фірми «eSaote» (Італія) згідно з рекомендаціями Американського та Європейського товариства ехокардіографії. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету програм «Statistica 13.0» відповідно до сучасних вимог.

Результати: за розмірами та об'ємами порожнин лівого шлуночка і лівого передсердя досліджувані групи достовірно не відрізнялися, але у хворих на ІХС, асоційовану з ЦД 2 типу, порівняно з хворими на ІХС без ЦД 2 типу, ФВ ЛШ була вірогідно менше на 15,22%, а середній тиск в легеневій артерії (СТЛА) був вірогідно вище на 29,41%. Частота реєстрації систолічної дисфункції ЛШ ($\chi^2=2,75$; $df=1$; $p<0,05$) та підвищення середнього тиску в легеневій артерії ($\chi^2=2,87$; $df=1$; $p<0,05$) у хворих на ІХС з ЦД 2 типу була вірогідно вище. Розрахунок відносного ризику дозволив встановити взаємозв'язок ЦД 2 типу з ризиком розвитку систолічної дисфункції ЛШ ($BP=2,238$; ДІ 1,322-3,788%; $p<0,05$) та підвищенням СТЛА ($BP=3,337$; ДІ 1,293-8,615%; $p<0,05$). Виявлено, що у хворих на ІХС з ЦД 2 типу переважала концентрична гіпертрофія лівого шлуночка (77%), ексцентричне ремоделювання та концентричне ремоделювання складали по 10%, нормальна геометрія – 3%. А у хворих з ізольованою ІХС домінувало концентричне ремоделювання ЛШ (69%), концентрична гіпертрофія та ексцентричне ремоделювання зафіксовано у 8%, нормальна геометрія – у 15% пацієнтів.

Висновок: наявність ЦД 2 типу у хворих на ІХС збільшує відносний ризик зниження глобальної систолічної функції ЛШ, зростання СТЛА та асоціюється з формуванням прогностично несприятливих типів перебудови ЛШ.

ЗМІНИ РІВНІВ БІОМАРКЕРІВ КІСТКОВОГО ТА СУДИННОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ

Михайловська Н. С., Стецюк І. О.

*Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна*

Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Мета: оцінити динаміку концентрації біомаркерів кісткового та судинного ремоделювання у жінок з ішемічною хворобою серця (ІХС) та постменопаузальним остеопорозом (ПМОП) під впливом лікування.

Матеріали і методи: до подвійного відкритого проспективного клінічного дослідження в паралельних групах залучено 58 жінок у постменопаузальному періоді з діагнозом ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК, які мали ПМОП (середній вік 71 (65; 77) рік). Методом рандомізації хворі були розподілені на дві групи: 1 група – 27 жінок, які отримували стандартну базисну терапію; 2 група – 31 жінка, яким додатково до базисної терапії було призначено комбінацію натрію алендроната та L-аргініну гідрохлориду за схемою. Оцінка рівня кісткових (остеопротегерину, остеокальцину) та судинних (гомоцистеїну, ВЕФР-А) біомаркерів проводилась за допомогою імуноферментного аналізу перед початком лікування та через 3 місяці терапії.

Результати: через 3 місяці застосування комбінованої терапії у хворих 2-ої групи спостерігалось зниження рівня ВЕФР-А на 25,41% ($p<0,05$) та рівня гомоцистеїну на 10,72% ($p<0,05$). Рівень остеопротегерину достовірно знизився у 2 рази ($p<0,05$). У пацієнтів з ІХС та ПМОП, які отримували лише базисну терапію, вірогідних змін концентрації досліджуваних маркерів під впливом лікування не відбувалось, спостерігалась лише тенденція до зниження рівня ВЕФР-А та гомоцистеїну. У хворих 2-ої групи через 3 місяці терапії, порівняно із хворими 1-ої групи, вірогідно нижчими були рівні остеокальцину на 25,11%, ВЕФР-А на 37,30%, а також остеопротегерину в 1,9 рази ($p<0,05$).

Висновок: включення до базисної терапії хворих на ІХС, поєднану з ПМОП, натрію алендроната та L-аргініну гідрохлориду сприяє зниженню рівня біомаркерів кісткової резорбції, ендотеліальної дисфункції та васкулярного ремоделювання, що обґрунтовує доцільність застосування запропонованої комбінованої терапії з метою попередження ускладнень з боку серцево-судинної системи та зниження ризику розвитку остеопорозних переломів.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА АТЕРОТРОМБОЗУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Мінухін Д. В., Бабаджан В. Д.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Серед багатьох патогенетичних механізмів ушкодження судин при ішемічній хворобі серця та цукровому діабеті 2 типу (ЦД 2 типу) визначальним є ендотеліальна дисфункція. Важлива роль відводиться показникам запалення та ендотеліальної дисфункції у розвитку ускладнень гострого інфаркту міокарда (ГІМ). Асиметричний диметиларгінін (АДМА) – новий фактор ризику серцево-судинних захворювань, асоційований зі спектром клінічних ситуацій, що характеризуються порушенням продукції оксиду азоту. Як структурний аналог L-аргініну, АДМА пригнічує активність всіх ізоформ ендотеліальної синтази оксиду азоту (NOS), викликаючи порушення механізмів утворення оксиду азоту в плазмі крові і тканинах. Інгібітор активатора плазміногену 1 типу (ІАП-1), як головний фізіологічний інгібітор активації плазміногену *in vivo*, гальмуючи розчинення ниток фібрину, сприяє тромбозу.

Мета: проаналізувати зв'язок між маркерами ендотеліальної дисфункції та атеротромбозу, а саме, асиметричним диметиларгініном, інгібітором активатора плазміногену 1 типу та NOS.

Матеріали і методи: дослідження включало 73 пацієнта на ГІМ та супутній ЦД 2 типу (43 чоловіка та 30 жінок, середній вік $(62,73 \pm 1,39)$ років), 57 пацієнта на ГІМ без діабету (43 чоловіка та 14 жінок, середній вік – $(63,97 \pm 1,47)$ р.). Рівень ІАП-1 визначався за допомогою комерційних тест-систем Technoclone PAI-1 ELISA Kit (Austria), АДМА – Immunodiagnostik ADMA Xpress ELISA Kit (Austria), NOS - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) Kit For Nitric Oxide Synthase Endothelial (NOS). Математична комп'ютерна обробка результатів проводилася за допомогою програмного пакету "Statistica 6.0" (StatSoft Inc., USA).

Результати: задля аналізу взаємовідносин між досліджуваними маркерами ендотеліальної дисфункції та атеротромбозу, нами було проведено кореляційний аналіз, за результатами якого встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку між рівнями ІАП-1 та АДМА ($r=0,46$; $p<0,05$), та зворотного зв'язку між рівнями АДМА та NOS ($r=-0,27$; $p<0,05$) та між ІАП-1 та NOS ($r=-0,53$; $p<0,05$) у хворих на ГІМ із супутнім ЦД 2 типу. Щодо хворих на ГІМ без ЦД 2 типу доведено аналогічну тенденцію зв'язків між зазначеними маркерами: прямий кореляційний зв'язок між рівнями ІАП-1 та АДМА ($r=0,82$; $p<0,05$), зворотній зв'язок між АДМА та NOS ($r=-0,55$; $p<0,05$) та між ІАП-1 та NOS ($r=-0,70$; $p<0,05$).

Висновки: отримані результати дозволяють припустити, що існують процеси потенціювання гострої ішемії судинної стінки маркерами ендотеліальної дисфункції та атеротромбозу у хворих на ГІМ з супутнім цукровим діабетом 2 типу та без порушень вуглеводного обміну.

СОЧЕТАНИЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ С ОТДЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Молотягина С. П., *Гуйда П. П.

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

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

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – системное воспалительное заболевание людей старше 50 лет, характеризующееся болями и скованностью в мышцах плечевого и/или тазового пояса, лихорадкой, снижением массы тела, депрессией, повышением лабораторных показателей воспалительной активности процесса.

РПМ чаще начинается остро с выраженных болей и скованности в мышцах шеи и плечевого пояса, реже – в мышцах тазового пояса. Миалгии и скованность носят симметричный характер, усиливаются утром, при движениях, по ночам в тех группах мышц, которые подвергались нагрузке. Активные движения в шейном отделе позвоночника, в плечевых и тазобедренных суставах резко ограничены из-за болей.

У 40-60% больных РПМ сочетается с височным артериитом, при этом заболевания могут возникать одновременно или последовательно.

У 2 из 28 больных, наблюдаемых нами, отмечалось сочетание РПМ с другими формами системных васкулитов. У больной С., 75 лет, в 2012 г. нами была диагностирована кожно-суставная форма геморрагического васкулита (пурпура на коже голеней, боли в коленных и голеностопных суставах, субфебрилитет, лейкоцитоз, повышение СОЭ). После лечения дезагрегантами, препаратами никотиновой кислоты и нестероидными противовоспалительными средствами была достигнута стойкая ремиссия. Осенью 2014 г. у больной появились выраженные боли и скованность в мышцах плечевого и тазового пояса, полиартралгии, лихорадка, похудание, положительные острофазовые показатели, повышение СОЭ до 66 мм/час. Характерные клинико-лабораторные признаки послужили основанием к установлению диагноза РПМ. После назначения метипреда наступило выздоровление. Во втором случае, у больной К., 55 лет, РПМ развилась на фоне синдрома Бехчета. После назначения медролы была достигнута ремиссия.

Наши наблюдения свидетельствуют о возможности сочетания РПМ с разными формами системных васкулитов, что необходимо учитывать при диагностике и лечении заболевания.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА

Молотягина С. П., *Гуйда П. П.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков, Украина

**Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Болезнь Вебера-Крисчена (панникулит, целлюлит) – рецидивирующее воспалительное, чаще локальное, поражение подкожно-жировой и соединительной ткани. В основе заболевания лежат дистрофические и некротические изменения жировой ткани, проявляющиеся неспецифической очаговой воспалительной реакцией.

Характерен полиморфизм клинических проявлений поражения подкожной жировой клетчатки, а в ряде случаев внутренних органов (печени, почек, надпочечников, селезенки и др.) и органов, содержащих жир (забрюшинная и околопочечная клетчатка, сальник, брыжейка, средостение, эпикард). В различных участках подкожно-жирового слоя появляются плотные, спаянные с кожей, болезненные узлы различной величины, локализующиеся, как правило, в области бедер, голеней, туловища и плечевого пояса. Кожа над узлами багрово-красного цвета, в складки не собирается. Иногда наблюдается изъязвления с отделением маслообразной жидкости. При обратном развитии в местах поражения развиваются атрофия и западения.

Нередко наблюдается головная боль, повышение температуры тела, озноб, тошнота, общая слабость, боли в суставах и мышцах. Иногда отмечаются легочная патология, увеличение печени и селезенки.

Диагностика панникулита, базирующаяся на клинических проявлениях, часто затруднена, о чем свидетельствует частота диагностических ошибок. Так, из наблюдавшихся нами в течение последнего года 4 больных в возрасте от 32 до 67 лет (все женщины) с выраженными типичными проявлениями болезни Вебера-Крисчена правильный диагноз не был установлен ни в одном случае, хотя больные неоднократно осматривались разными специалистами. Среди ошибочных диагнозов чаще встречались узловатая эритема, системный васкулит, рожистое воспаление, сепсис, очаговая склеродермия.

Установлению правильного диагноза помогают результаты морфологических исследований биоптатов кожи, взятых на участках поражения. При этом обнаруживаются признаки хронического воспаления с преимущественно моноклеарной инфильтрацией. Иногда встречаются гигантские клетки, полиморфно-неклеарные лейкоциты. Нередки негнойные некрозы, обусловленные воспалительной окклюзией мелких сосудов.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо помнить о возможности развития болезни Вебера-Крисчена при злокачественных новообразованиях, чаще при раке поджелудочной железы.

**АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ
З ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА
Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Петішко О. П.,
Шевцова О. М., Демешкіна Л. В.**

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

Мета: удосконалення ведення хворих на атрофічний гастрит (АГ) шляхом формування групи ризику розвитку дисплазії слизової оболонки (СО) шлунка.

Матеріали і методи: у дослідження включено 120 хворих на АГ, серед яких було 69 (57,5%) жінок та 51 (42,5%) чоловіків, середній вік становив $(61,2 \pm 3,2)$ року. Стан СО шлунка (Ш) вивчали за допомогою відеоендоскопічної системи із збільшенням і режимом NBI та морфологічного аналізу з оцінкою ступеня атрофії за системою OLGA, наявності кишечної метаплазії та дисплазії. Стан адаптаційних можливостей організму оцінювали за показниками добового моніторування ЕКГ. Оцінку діагностичної значущості показників проводили за допомогою ROC-аналізу з визначенням чутливості (Ч) та специфічності (С), а також розрахунком відношення шансів (OR).

Результати: розроблено алгоритм ведення пацієнтів з атрофічним гастритом без дисплазії, який включає на I етапі проведення ендоскопічного дослідження з хромокопією та взяттям біопсій, оцінкою уреазного тесту на H.pylori; холтеровського моніторування з оцінкою адаптаційної реакції у відповідь на різні стресорні впливи; біохімічного дослідження крові з визначенням рівня метаболітів оксиду азоту. На II етапі проводиться оцінка ризику розвитку дисплазії СО Ш за наявності встановлених діагностичних критеріїв: при ендоскопії в білому кольорі – вузлуватий/бугристий рельєф СО Ш (Ч 94,7%, С 33,7%, OR=9,13), дуоденогастральний рефлюкс (Ч 47,4%, С 80,2%, OR=3,65), ксантоматоз шлунка (Ч 52,6%, С 73,3%, OR=3,05); при ендоскопії в режимі збільшення і вузькосмугової візуалізації – пілорична метаплазія СО тіла шлунка (Ч 78,9%, С 55,4%, OR=3,82); при холтеровському моніторуванні – ригідна варіабельність ритму серця (Ч 66,7%, С 83,6%, OR=10,2) та показник адекватності регуляторних систем понад 8 балів (Ч 53,3%, С 85,2%, OR=6,6); при біохімічному дослідженні крові – вміст метаболітів оксиду азоту понад 46,3 мкМ/л (Ч 76,9 %, С 77,6 %, OR=11,57). На III етапі визначаються з терміном динамічного спостереження: пацієнтам, які входять до групи ризику розвитку диспластичних змін СО Ш, необхідно проводити ендоскопічний і морфологічний моніторинг 1 раз у 12 місяців, а при відсутності ризику розвитку дисплазії – один раз на 3 роки.

Висновок: впровадження запропонованого алгоритму ведення хворих шляхом формування групи ризику розвитку дисплазії СО шлунка сприяє максимальній індивідуалізації підходів до терапії кожного пацієнта та дозволяє персоніфікувати термін динамічного спостереження.

РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКА ТА ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Татарчук О. М.,
Петішко О. П., Шевцова О. М., Васильєва І. О.

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

Мета: визначити особливості рівня прозапальних цитокінів у хворих із передраковими станами шлунка та патологією щитовидної залози (ЩЗ).

Матеріали і методи: було обстежено 45 хворих із передраковими станами шлунка, які знаходились на лікуванні у відділі захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки, дієтології і лікувального харчування ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Всі обстежені хворі були розподілені на групи: I групу склали 19 хворих із вузлами ЩЗ, II – 18 хворих із дифузними змінами ЩЗ; III група – 8 пацієнтів без патології ЩЗ. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Рівень інтерлейкіну-8 (ІЛ-8), ІЛ-18 та фактор некрозу пухлини альфа (TNF- α) в сироватці крові визначали імуноферментним методом відповідними наборами реактивів фірми «Вектор-БЕСТ».

Результати: проведені дослідження показали, що у 57,9% (у 11 із 19) хворих I групи, у 44,4% (у 8 із 18) хворих II групи та у 37,5% (у 3 із 8) хворих III групи підвищений рівень ІЛ-8 у сироватці крові. Його концентрація у хворих I була вірогідно вище в 3,1 рази ($p < 0,05$), в 2,0 рази ($p < 0,05$) та в 2,7 рази ($p < 0,05$) в порівнянні із контрольною групою, II та III групою хворих, відповідно. Необхідно відмітити, що медіана значення рівня ІЛ-8 у сироватці крові II та III груп хворих вірогідно не відрізнялась від контрольних значень. Концентрація TNF- α у I групи була вірогідно вищою в 1,4 рази ($p < 0,05$), в 2,3 рази ($p < 0,05$) та в 3,5 рази ($p < 0,05$) в порівнянні із контрольною групою, II та III групою хворих, відповідно. У хворих встановлено кореляційний зв'язок між рівнем TNF- α та ІЛ-8 ($r = +0,49$, $p < 0,01$), дисплазією шлунка – ($r = +0,34$, $p < 0,05$). У I групі хворих було встановлено зворотній кореляційний зв'язок між TNF- α та контурами (чіткі) капсули ЩЗ ($r = -0,61$, $p < 0,05$) та з фіброзними тяжами ($r = -0,64$, $p < 0,01$). Медіана рівня ІЛ-18 у досліджених груп хворих статистично не відрізнялась від контрольної групи та між групами хворих. Кореляційний аналіз встановив зв'язок рівня ІЛ-18 із виразками шлунка ($r = +0,31$, $p < 0,05$). Крім того, у I групі хворих рівень прозапального ІЛ-18 корелював із наявністю ксантом (х) ($r = +0,50$, $p < 0,05$).

Висновок: встановлено підвищення рівня прозапальних цитокінів (ІЛ-8 та TNF- α) у сироватці крові, що вказує на прогресування запальних процесів у хворих із вузлами ЩЗ.

ЧАСТОТА ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

Найдьорова О. В., Богатирьова Т. В., Афанасьєва Я. С.

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Мета: оцінити частоту факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) та прихильність до лікування у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) на первинній ланці надання медичної допомоги.

Матеріали та методи: було проанкетовано 113 амбулаторних пацієнтів (чоловіків – 39, жінок – 74), середній вік – $63,7 \pm 4,9$ роки. Усім пацієнтам виміряні артеріальний тиск (АТ), вага, зріст із розрахунком індексу маси тіла (ІМТ); досліджено рівні загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та креатиніну, розраховані швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та кардіоваскулярний ризик (КВР) за шкалою SCORE.

Результати та обговорення: порушення дієти виявлено у 98 ($86,7 \pm 3,5\%$), паління – 13 ($11,5 \pm 2,96\%$), гіподинамія – 63 ($55,8 \pm 4,41\%$), підвищений АТ – 60 ($53,1 \pm 4,71\%$), рівень ЗХ $>5,2$ ммоль/л – 85 ($75,2 \pm 4,2\%$), надмірна вага тіла – 48 ($42,5 \pm 4,83\%$), ожиріння – 51 ($45,13 \pm 4,68\%$), цукровий діабет (ЦД) 2 типу – 23 ($20,4 \pm 3,8\%$), ШКФ < 60 мл/мин/1,73м² – 31 ($27,4 \pm 4,4\%$), ішемічна хвороба серця – 58 ($51,3 \pm 4,9\%$), подагра – 11 ($9,7 \pm 2,8\%$) пацієнтів. До групи високого КВР належать 26 ($23,0 \pm 3,8\%$), дуже високого – 68 ($60,2 \pm 4,6\%$) пацієнтів. За допомогою дієти рівень ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л досягли 5 ($5,6 \pm 2,4\%$), а ЛПНЩ $< 3,3$ ммоль/л – 9 ($10 \pm 3,2\%$) пацієнтів. Статини приймали 23 ($20,4 \pm 3,8\%$) пацієнтів, з них ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л досягли 10 ($43,5 \pm 4,9\%$), антигіпертензивну терапію – 87 ($77 \pm 3,96\%$), з них АТ $< 140/90$ мм рт. ст. досягнуто у 38 ($43,7 \pm 4,67\%$) пацієнтів. Цукровознижуючі ліки приймали 18 з 23 ($78,26 \pm 3,88\%$) пацієнтів з ЦД.

Висновки:

1. Більшість пацієнтів відносяться до групи дуже високого $60,2 \pm 4,6\%$ та високого $23,0 \pm 3,8\%$ кардіоваскулярного ризику.

2. Найбільш частими факторами кардіоваскулярного ризику є порушення дієти $86,7 \pm 3,5\%$, надмірна вага та ожиріння $87,61\%$, гіперхолестеринемія $75,2 \pm 4,2\%$.

3. Найвища прихильність серед медикаментозної лікування виявлена до антигіпертензивної терапії ($77 \pm 3,96\%$ пацієнтів), з ефективністю – $43,7 \pm 4,67\%$.

**ВПЛИВ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ
БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ НА ПРОФІБРОТИЧНІ МАРКЕРИ ТА
ПАРАМЕТРИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ В ПОЄДНАННІ
ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Наріжна А. В., Ольховський Д. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

За даними світової літератури хронічна серцева недостатність (ХСН) має високий відсоток, та вірогідно має тенденцію до прогресування за наявності обтяжуючого фактора - супутнього цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Мета: оцінити ефективність як карведілолу, так і небівалолу на профібротичні маркери та параметри кардіогемодинаміки при лікуванні пацієнтів з ХСН при у поєднанні із ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: обстежено 102 хворих на ХСН II – III функціонального класу (ФК) в наслідок ІХС, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні КЗОЗ «27 міської клінічної лікарні» ХМР (середній вік – $(66,13 \pm 8,66)$ років). До першої групи увійшло 62 хворих на ХСН з ЦД 2 типу, до другої – 41 хворий з ХСН без ЦД 2 типу. Із дослідження було виключено хворих на гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарду. З числа обстежених ХСН II ФК мали 68 хворих, III ФК – 34 хворих. Серед пацієнтів 1 групи ХСН II ФК діагностовано у 27 хворих, III ФК – 12. У хворих 2 групи ХСН II ФК визначено у 41 хворий, III ФК – 22 хворих. Показники фактору фіброзу моноцитарного хемоатрактантного протеїну-1 (МСР-1) визначали імуноферментним методом. Кардіогемодинамічні показники за допомогою ехокардіографічного дослідження.

Результати: достовірно відомо, що ЦД 2 типу, як супутня патологія, виявляє значно несприятливий вплив на перебіг ХСН. У хворих на ХСН за наявності ЦД 2 типу визначається висока активність фактору фіброзу МСР-1 рівночасно до зростання ФК ХСН.

Висновки: використання бета-адреноблокаторів із залученням карведілолу в складі стандартної терапії лікування хворих на ХСН та ЦД 2 типу відмічає зниження профібротичної активності, а саме МСР-1. А також покращенням скоротливої здатності лівого шлуночка, параметрів діастолічної дисфункції, зниженням відсотку хворих з не вигідним типом ремоделювання – ексцентричною гіпертрофією.

ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС В ПІСЛЯІНФАРКТНОМУ ПЕРІОДІ

Настіна О. М., Білий Д. О.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна*

Однією із основних проблем для учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС залишається інфаркт міокарда (ІМ), що обумовлює високий рівень госпіталізації та втрати працездатності.

Мета: визначити особливості змін діастолічної функції серця в УЛНА на ЧАЕС, які перенесли ІМ у відділений після аварії період.

Об'єкт і методи: обстежено 317 чоловіків УЛНА на ЧАЕС 1986–1987 рр. з ішемічною хворобою серця (ІХС) та 157 неопромінених чоловіків контрольної групи (КГ) з ІХС. У 137 УЛНА і 48 осіб КГ в анамнезі був перенесений ІМ (УЛНА-ІМ і КГ-ІМ). Решта 180 УЛНА і 109 осіб КГ не перенесли ІМ (УЛНА-ІХС і КГ-ІХС). Середній вік хворих склав $(63,6 \pm 10,5)$, $(68,2 \pm 7,2)$, $(65,0 \pm 10,7)$ і $(67,6 \pm 8,1)$ років відповідно ($p > 0,05$). Стандартизоване обстеження хворих включало ехо-доплеркардіографічне дослідження (ЕхоКГ) з використанням Diagnostic Ultrasound System DS-N3 (Mindray).

Результати: встановлено, що діастолічна дисфункція (ДДФ) лівого шлуночка (ЛШ) серця була у всіх хворих УЛНА і КГ з ІМ в анамнезі. В УЛНА-ІМ її частка переважала дані контролю ($p < 0,01$). Перший тип ДДФ ЛШ – порушення релаксації ЛШ – переважав у всіх обстежених групах і в УЛНА склав 53,6 %, в КГ – 50,4 % випадків. Тривалість часу сповільнення піка раннього діастолічного наповнення ЛШ (DTe) в УЛНА-ІМ з ДДФ 1 типу $(254,8 \pm 4,3)$ мс переважала DTe в УЛНА-ІХС $(249,6 \pm 4,2)$ мс ($p < 0,05$), в КГ відповідно – $(256,6 \pm 6,6)$ мс, проти $(239,2 \pm 6,8)$ мс ($p < 0,05$). Другий тип ДДФ, псевдонормалізацію, визначено в 34,1 % УЛНА і 25,2 % осіб КГ. Серед УЛНА-ІМ 2 тип ДДФ встановлено в 37,6 %, УЛНА-ІХС – 31,1 %, в КГ відповідно в 33,4 % і 22,1 % випадків. Кількість УЛНА з рестриктивним наповненням ЛШ суттєво переважала дані в КГ – 11,6 % проти 5,4 % випадків ($p < 0,05$). Частіше 3 тип ДДФ був в УЛНА-ІМ, ніж в УЛНА-ІХС і в КГ-ІХС ($p < 0,05$). Величина відношення швидкостей раннього та пізнього наповнення шлуночків в УЛНА-ІМ значимо переважала середні дані в УЛНА-ІХС – $(3,2 \pm 0,2)$ мс проти $(2,1 \pm 0,2)$ мс ($p < 0,001$). Третина УЛНА-ІМ мала поєднання діастолічної та систолічної дисфункції, що суттєво переважало дані в УЛНА-ІХС ($p < 0,01$).

Висновок: показники діастолічної функції лівого шлуночка серця в учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС обґрунтовано можна розглядати як детермінанти тяжкості перебігу постінфарктного періоду. Контроль їх в динаміці лікування є необхідним для оцінки ефективності лікування та відбору хворих з високим ризиком небезпечних ускладнень.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Несен А. О., Чернишов В. А., Шкапо В. Л.,
Валентинова І. А., Резнікова О. І.

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

Відсутність фінансування Національних медичних програм (зокрема, коморбідність хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ), артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, тощо), психоемоційний стрес, ігнорування проблем зі здоров'ям та запізніле звернення за медичною допомогою – значно скорочують тривалість життя українців. Законодавчі документи повинні бути актуалізовані та здатні ефективно працювати на збереження здоров'я всіх верств населення (дітей, молоді, людей середнього та похилого віку).

Мета: дослідити структуру захворюваності на хронічні неінфекційні хвороби.

Матеріали і методи: науково-інформаційні, статистичні методи дослідження.

Результати: в Україні у структурі усіх хвороб серцево-судинні захворювання посідають перше місце і складають: захворюваність 34,54 % (2017 р.) й 34,36 % (2018 р.) та поширеність 34,54 % (2017 р.) й 34,36 % (2018 р.); далі йдуть захворювання дихальних органів та хвороби органів травлення, онкологічні захворювання, тощо. В клінічній практиці відсоток хворих з коморбідністю НІЗ в декілька разів перевищує відсоток хворих з одиначною нозологією, значні труднощі виникають при інтерпретуванні даних з коморбідністю, а саме верифікація її різних модифікацій – дистропії, синтропії, інтерференції. Сьогодні одним із важливих чинників захворюваності в Україні на хронічні НІЗ є суттєве зменшення можливості і доступності надання багатопрофільної медичної й консультативної допомоги (кадрове й транспортне забезпечення, особливо у сільській місцевості); зменшення кількості спеціалізованих відділень (кабінетів), а також ліжок для даної категорії хворих. При подальшому зниженні інтенсивності діагностично-профілактичних заходів на загальнодержавному рівні (Національні програми) на тлі погіршення соціально-економічних умов життя населення виникають сприятливі умови для розповсюдження хвороб та їх коморбідності, подальше катастрофічне погіршення демографічної ситуації в країні.

Висновок: вкрай необхідно відродити проведення цільових Національних програм з широким залученням науково-дослідних медичних установ – розробка й впровадження новітніх діагностично-лікувальних методів; дослідження патогенетичних механізмів хронічних неінфекційних захворювань; розробка новітніх лікарських сполук та заохочення населення до здорового способу життя.

СТРУКТУРА Й ДИНАМІКА ПОПУЛЯЦІЙНИХ ПОКАЗНИКІВ ЧИСЕЛЬНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Несен А. О., Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Ярина Н. А.

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

Україна входить до п'ятірки країн за темпами скорочення населення. За прогнозами до 2050 року населення нашої країни становитиме приблизно 36,4 млн. осіб, тобто прогнозується скорочення на 18 %. Згідно з підрахунками Держстату, щорічне зменшення українців становить орієнтовно 180 тис. За оцінками ООН, всі країни, на які насуваються найбільші проблеми з населенням, знаходяться в Східній Європі. Населення Болгарії, Латвії, Молдови, України, Хорватії, Литви, Румунії, Сербії, Польщі, Угорщини скоротиться на 15 % і більше до 2050 року. Болгарія та Латвія до 2050 року ризикують втратити майже чверть населення. Визначені три основні фактори, які сприяють популяційному зменшенню в країнах: відносно висока смертність; зниження рівня народжуваності; масова міграція.

Мета: дослідити структуру й динаміку популяційних показників чисельності населення України та Харківського регіону.

Матеріали і методи: науково-інформаційні, статистичні методи дослідження.

Результати: за період 1990-2019 рр. спостерігається тенденція скорочення міського й сільського населення. Станом на 01.01.2019 р. чисельність наявного населення України складала – 42153,2 тис. осіб, з яких сільське населення – 12896,5 тис. осіб (30,6 %) та міське населення – 29256,7 тис. осіб (69,4 %). У складі населення України визначається суттєва гендерна диспропорційна складова – з 36 років спостерігається чисельна перевага жінок над чоловіками і з віком збільшується. Станом на 01.01.2018 р. чисельність чоловіків – 19558,2 тис. осіб, а жінок – 22658,6 тис. осіб. Сформувалася структура населення, яка характерна і для Європейських країн – висока питома вага осіб похилого віку і низька молодшого й залишається істотним перевищення чисельності померлих над кількістю новонароджених (на 100 померлих/59 новонароджених). Тенденція скорочення населення у період 1990-2019 рр. притаманна й для Харківського регіону. Негативна динаміка показнику чисельності населення визначена за період 1990-2018 рр. по Харківській області, м. Харкову та районах – M_e 0,8461; 0,8815; 0,8097, відповідно).

Висновок: структура населення як в Україні, так і в Харківському регіоні динамічно змінюється в бік переваги питомої ваги осіб похилого віку над питомою вагою осіб молодшого віку; визначається гендерна диспропорція й перевищення чисельності померлих над кількістю народжених.

ВИКОРИСТАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ АМЛОДИПІН/ІНДАПАМІД ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Овчаренко Л. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність: зростання чисельності популяції літніх людей та велика розповсюдженість в ній гіпертонічної хвороби вимагає удосконалення методики антигіпертензивної терапії. У людей похилого віку зменшується активність РААС, та збільшується жорсткість судинної стінки. Амлодипін перешкоджає трансмембранному надходженню іонів кальцію в гладкі м'язи міокарда та судин, це призводить до розслаблення гладких м'язів судин.

Основна частина: проводилась оцінка ефективності та безпеки терапії з використанням фіксованої комбінації амлодипін/індапамід в дозі 1.5/5 мг у 30 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) 2 стадії, 2 ступеня віком старше 55 років. Тривалість лікування 8 тижнів.

Усім пацієнтам проводилось добове моніторування артеріального тиску (АТ) з аналізом середньодобових показників варіабельності АТ, ультразвукове дослідження серця, вивчались показники ліпідів крові, цукру крові, сечової кислоти.

Було встановлено, що фіксована комбінація амлодипін/індапамід забезпечувала істотне зниження АТ у людей старших вікових груп. Зниження АТ настає швидко і зберігається без виникнення тахіфілаксії. Застосування фіксованої комбінації препаратів дозволило досягти цільового АТ до 8 тижня у 26 хворих, позитивної відповіді через 2 тижні у 18 хворих. Передчасно вибули 4 хворих через розвиток побічних явищ. Припинення прийому препарату не супроводжувалось розвитком синдрому відміни. Окрім цього, слід відзначити, що у цих пацієнтів не виникало необхідності корекції початкової дози. Аналіз добового ритму АТ (добовий індекс) показав, що на фоні прийому фіксованої комбінації амлодипін/індапамід спостерігалось зменшення варіабельності артеріального тиску, що свідчить про ефективність лікування.

Лікування супроводжувалось помірним збільшенням розмірів порожнини лівого шлуночка як у систолу, так і в діастолу. Препарат не викликав суттєвого зменшення фракції викиду. Показники ліпідів крові, цукру крові, сечової кислоти не змінювались.

Висновки: застосування фіксованої комбінації амлодипін/індапамід може стати альтернативним варіантом лікування хворих на артеріальну гіпертензію, особливо у пацієнтів похилого віку з високою жорсткістю артеріальної стінки. Застосування фіксованої комбінації амлодипін/індапамід не погіршувало показники кардіогемодинаміки, гарно переносилося хворими, сприяло покращенню якості життя.

АНАЛІЗ РІВНЯ РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ГІПОТИРЕОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ

Оленич Л. В., Радченко О. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна*

В Україні та світі відбувається невинне зростання хвороб системи кровообігу, зокрема гіпертонічної хвороби (ГХ). Однією з найпоширеніших ендокринопатій є гіпотиреоз, при якому виникає дисфункція усі органів та системи організму, який часто поєднується з гіпертонічною хворобою та ожирінням. Гіпотиреоз належить до хвороб, які асоціюються з низькою стресостійкістю, що, в комбінації з ГХ та ожирінням, призводить до виникнення тривожних станів.

З метою аналізу рівня реактивної тривожності у пацієнтів з гіпертонічною хворобою, гіпотиреозом та ожирінням, обстежено 173 пацієнти: 1 група – 130 осіб віком 53,00[48,00;61,00] роки з ГХ, первинним гіпотиреозом та ожирінням, 2 група – 43 пацієнти віком 61,00[64,00;67,00] рік із ГХ, ожирінням та збереженою функцією щитоподібної залози (ЩЗ). Окрім стандартного обстеження проводили антропометричні виміри, розраховували індекс маси тіла, визначали рівні тиреотропного гормону, вільного тироксину та трийодтироніну. Стан реактивної та особистісної тривожності визначали за допомогою шкали тривожності Спілбергера-Ханіна. Опрацювання даних проводилося статистичними методами, дані подані як «медіана[нижній;верхній]» кватиль.

Результати: сума балів при оцінці реактивної тривожності у 1 групі становила 37,0[34,0;38,0], що відповідала помірній реактивній тривожності та була істотно меншою, ніж у 2 групі (37,0[34,0;38,0] проти 42,0 [37,0; 46,0] балів, $p<0,05$). У 1 групі найчастіше виявили помірну реактивну тривожність ($93,33\pm4,55\%$). Висока тривожність виявлена істотно рідше ніж у 2 групі ($3,33\pm3,28\%$ проти $26,32\pm10,10\%$, $p<0,05$). Кореляційні зв'язки реактивної тривожності встановлено з тривалістю гіпотиреозу ($\tau=0,35$, $p=0,010$), антропометричними показниками (масою тіла та ІМТ: $\tau=0,27$, $p=0,034$ та $\tau=0,29$, $p=0,023$, обводом талії: $\tau=0,33$, $p=0,029$), об'ємом жирової тканини та відсотком жиру в організмі ($\tau=0,30$, $p=0,019$ та $\tau=0,29$, $p=0,023$), кількістю сегментоядерних нейтрофілів ($\tau=0,32$, $p=0,039$), лімфоцитів ($\tau=-0,35$, $p=0,034$), рівнем тироксину ($\tau=0,51$, $p=0,016$) та калію сироватки ($\tau=-0,46$, $p=0,009$).

Висновок: можна припустити, що наявність гіпотиреозу у пацієнтів з ГХ, гіпотиреозом та ожирінням є фактором кращої стресостійкості організму. Зростання реактивної тривожності у пацієнтів асоціювалося з довшою тривалістю гіпотиреозу, більшою масою тіла та абдомінальним ожирінням, активацією нейтрофільної та пригніченням лімфоцитарної ланок запалення, активацією ЩЗ та гіпокаліємією.

ПЕРВИННИЙ МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ ЕКСТРАКТІВ ПОЛІФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК З ЛОЗИ ВИНОГРАДУ

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

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

У класифікації рослинних біологічно активних речовин поліфеноли займають провідне місце. Рослинні поліфенольні сполуки мають біологічну активність надзвичайно широкого спектру дії, тому є перспективними у якості об'єктів досліджень.

Мета: первинний мікробіологічний скринінг екстрактів поліфенольних сполук, виділених з лози винограду різних сортів.

Матеріали та методи: проведено первинний мікробіологічний скринінг 20 зразків екстрактів поліфенольних сполук, виділених з лози винограду різних сортів. Визначення вмісту поліфенольних сполук у рослинній сировині проведено спектрофотометричним методом на кафедрі хімії природних сполук НФАУ МОЗ України. Бактеріологічні дослідження проведено дифузійним методом «колодязів» з визначенням діаметрів зон затримки росту мікроорганізмів на середовищі Мюллера-Хінтона за допомогою стандартного набору тест-культур (*S. aureus* ATCC 25923, *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B. subtilis* ATCC 6633, *P. vulgaris* ATCC 4636, *C. albicans* ATCC 885-653). Чутливість грибів визначали на середовищі Сабуро. Дослідження проведені у трьох повторях. Відсутність росту або наявність зони затримки росту до 10 мм розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини. Статистична обробка проведена за допомогою загальноприйнятих методів параметричної статистики.

Результати та їх обговорення: найчутливішими до екстрактів поліфенолів, виділених з лози винограду, виявилися тест-штами грампозитивних мікроорганізмів (*S. aureus* ATCC 25923, *B. subtilis* ATCC 6633) (діаметри зон затримки росту відповідно $(37,7 \pm 0,5)$ мм та $(35,2 \pm 0,3)$ мм). Майже аналогічною виявилась дія досліджених екстрактів стосовно тест-штаму *E. coli* ATCC 25922 ((діаметр зони затримки росту $(33,5 \pm 0,4)$ мм). Щодо інших штамів грамнегативних мікроорганізмів (*P. vulgaris* ATCC 4636, та *P. aeruginosa* ATCC 27853) активність екстрактів була дещо нижчою (діаметри зон затримки росту відповідно $(26,6 \pm 0,3)$ мм та $(25,7 \pm 0,4)$ мм). Зона затримки росту *C. albicans* ATCC 885-653 під впливом екстрактів дорівнювала $(24,4 \pm 0,5)$ мм.

Висновок: доведено перспективність подальших досліджень властивостей екстрактів поліфенольних сполук, виділених з лози винограду різних сортів, з метою їх модифікації та розробки нових протимікробних засобів.

ОЦЕНКА ИНДУЦИРОВАННЫХ МУТАГЕНОМ-ПРОВОКАТОРОМ МИТОМИЦИНОМ С АБЕРРАЦИЙ ХРОМОСОМ В ЛИМФОЦИТАХ ПОТОМКОВ, РОЖДЕННЫХ В СЕМЬЯХ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Отченашенко А. А.

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

Цель: исследование действия мутагена-провокатора митомицина С на частоту хромосомных aberrаций в лимфоцитах крови потомков, рожденных от отцов-ликвидаторов последствий на Чернобыльской аварии, *in vitro*.

Материалы и методы: в ходе исследования было сформировано 2 выборки пробандов. В первую выборку вошли дети отцов-ликвидаторов последствий Чернобыльской аварии, которые находились на обследовании и лечении в ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Во вторую – вошли здоровые дети и подростки, которые были отобраны специалистами института при проведении профилактических осмотров учебных заведений г. Харькова. Цитогенетический анализ был проведен у 21 ребенка (8 юношей и 13 девушек) облученных родителей и 20 здоровых сверстников (8 юношей и 12 девушек) в возрасте 9-17 лет, которые были обследованы в лаборатории медицинской генетики института. Материалом послужили препараты хромосом, полученные из культуры лимфоцитов периферической крови. Культивировали лимфоциты периферической крови в смеси питательной среды PB-MAX (фирмы Gibco, USA) в течение 72 часов в термостате при $t^{\circ} 37^{\circ}\text{C}$. Метафазные пластинки исследовались на бинокулярный микроскоп Leica Gallen III (Австрия). Расчеты данных осуществлялась на PC с использованием прикладного пакета программ EXCEL и SPSS Statistics 17,0.

Результаты: сопоставление частоты aberrаций хромосом после воздействия мутагена-провокатора митомицина С свидетельствовало о более высокой частоте хромосомных нарушений в культивируемых лимфоцитах крови у детей облученных родителей по сравнению с частотой у здоровых сверстников. У потомков, чьи отцы принимали участие в ликвидации последствий на ЧАЭС, данный показатель составлял 17,8%, тогда как у здоровых сверстников – 11,8%. Значимые различия были установлены в частоте нарушений хромосомного (у детей облученных родителей данный показатель составлял 7,9%, у здоровых сверстников – 5,3%) и геномного (у детей отцов-ликвидаторов – 2,21%, у здоровых сверстников – 0,15%) типов.

Вывод: полученные данные подтвердили реальность изменения стабильности генома соматических клеток детей облученных родителей и возможность ее обнаружения с помощью тестирующего мутагенного нагрузки *in vitro*.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ РОЗВИТКУ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Пенькова М. Ю., Мисниченко О. В., Старченко Т. Г., Рєзнік Л. А.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Мета: розробка інформативного способу прогнозування розвитку гіпертензивного серця (ГС) або гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали та методи: 89 обстежених хворих на АГ з АО без наявності ГС поділили на дві групи: основна – 53 хворих, серед яких проводилась розробка способу, і контрольна – 36 хворих, серед яких перевірялась інформативність способу. Обсяг обстеження включав визначення рівнів мікроРНК-133 в плазмі крові методом ПЛР в реальному часі. Хворим призначалась однакова антигіпертензивна терапія інгібітором ангіотензин-перетворюючого ферменту периндоприлом – 4-8 мг на добу, антагоністом кальцію амлодипіном – 5-10 мг на добу з додаванням в разі необхідності тiazидоподібного діуретика індапаміду – 2,5 мг на добу.

Результати: після обстеження через 1 рік хворі основної групи були розділені на дві підгрупи: перша – хворі, у яких за цей період відбувся розвиток ГС (10 хворих (19%)) і друга – хворі, у яких не відбувся розвиток ГС (43 хворих (81%)). При ретроспективному аналізі вихідних даних обстеження хворих були отримані наступні дані. Вихідний рівень мікроРНК-133а в першій підгрупі хворих, у яких через 1 рік сформувалось ГС, був достовірно нижчий (0,178 [0,081; 0,297] відн. од.), ніж у хворих другої підгрупи, у яких ГС не сформувалось (0,332 [0,123; 0,439] відн. од., $p < 0,05$). У подальшому був проведений пошук порогового рівня мікроРНК-133а в плазмі крові – "порога відсічення", при якому відмічався розвиток ГС у обстежених хворих. Для цього був використаний ROC-аналіз, результати якого свідчили про те, що в якості ідентифікатора розвитку ГС впродовж 1 року у хворих на ГХ з АО може бути прийнятий рівень мікроРНК-133а в плазмі крові $< 0,235$ відн. од., а в якості ідентифікатора відсутності розвитку ГС – значення рівня мікроРНК-133а в плазмі крові $\geq 0,235$ відн. од. Перевірка інформативності способу серед 36 хворих на АГ з АО без ГС (контрольна група) показала наступне: через 1 рік у 7 хворих (17%) був зареєстрований розвиток ГС, а у 29 (83%) – розвитку ГС виявлено не було. Після співставлення вихідних рівнів мікроРНК-133а і факту розвитку ГС через 1 рік правильний прогноз спостерігався у 31 випадках із 36, що становить 86% і свідчить про високу інформативність та специфічність розробленого способу.

Висновки: розроблений на підставі визначення вихідних рівнів мікроРНК-133а в плазмі крові спосіб прогнозування розвитку ГС у хворих на ГХ з АО є інформативним і специфічним та може використовуватись у практиці для відбору хворих з підвищеним ризиком розвитку даного ураження серця.

ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ ПІСЛЯ STEMI ЗАВДЯКИ НОВІЙ ОРИГІНАЛЬНІЙ ШКАЛІ

Петюніна О. В., Копиця М. П., Вишневська І. Р.,

Гільова Я. В., Кутя І. М., Родіонова Ю. В.

*ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,
м. Харків, Україна*

Метою дослідження стало визначення значності нової оригінальної шкали прогнозування клінічних подій після STEMI

Матеріали і методи: з загальної популяції пацієнтів зі STEMI (n=268) згідно до критеріїв включення-виключення залучено 177 пацієнтів зі STEMI, яким було проведено успішну реваскуляризацію з використанням первинного черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ). Кровоток через інфаркт-залежну артерію (ІЗА) було відновлено на рівні TIMI III. Здійснювали клінічну оцінку хворих, ступеня ризику за TIMI, SYNTAX, та GRACE, коронарну ангіографію, ехо- та доплердослідження, біомаркери (циркулюючі та генетичні) при надходженні до стаціонару. Комбіновану кінцеву точку, що включала серцево-судинну смерть, зворотню стенокардію/інфаркт міокарда, заново діагностовану серцеву недостатність (CH) та госпіталізацію оцінювали через 6 місяців спостереження.

Результати: комбінована серцева точка спостерігалась у 75 пацієнтів STEMI (40,6%): заново виникла CH – у 46 (26,0%), серцево-судинна смерть – у 12 (6,8%), великі серцеві події – major adverse cardiac outcome – MACE – у 58 пацієнтів (32,8%), повторна госпіталізація з серцево-судинних причин – у 17 (9,6%). Коректований за тяжкістю коронарного атеросклерозу мультиваріантний лог-регресійний аналіз показав, що генотип C786C гена eNOS, Val66Met+Met66Met гена мозкового нейротрофічного фактору – brain-derived neutrophic factor (BDNF), A1166C+C1166C гена рецептора до ангіотензину-II 1 типу – angiotensin-II receptor type 1 (AT1R1), фактор, що інгібує макрофаги – macrophage inhibitory factor (MIF), васкулоендотеліальний фактор росту-A – vascular endothelial growth factor-A (VEGF-A), розчинний супресор туморогенезу-2 – soluble ST2 продемонстрували свою більш значущу прогностичну цінність у порівнянні зі стандартною моделлю. Ми визначили, що моделі, які засновані на 4-6 біомаркерах мали певні переваги над тими, що склалися з 1-3 біомаркерів у відношенні прогнозування комбінованої кінцевої точки (Log-rank тест=0,0341; відношення шансів – Hazard ratio (HR)=0,4796; 95% ДІ = 0,2430-0,9465). Ми розробили нову модель прогнозу несприятливих подій, що заснована на наявності генотипів C786C поліморфізму гена eNOS, (A1166C+C1166C) гена AT1R1 та сироваткового sST2 \geq 35 нг/мл, VEGF-A \leq 172 пг/мл та MIF \geq 2792,7 пг/мл. Пацієнти зі STEMI, в яких була кількість балів вище медіани (>5 балів), демонстрували достовірно гірший прогноз, ніж ті, в яких спостерігалось менше балів.

Висновок: ми винайшли нову оригінальну модель передбачення несприятливих кінцевих точок після STEMI, що за дискримінативною значністю була кращою, ніж стандартна.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З АНГІНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ ТА ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЙОГО ТЕРАПІЇ

Погорєлов В. М., Стебліна Н. П., Прохоренко В. Л.

Харківський національний медичний університет,

м. Харків, Україна

Обґрунтування терапії хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) професійного генезу з коронароспазмом потребує оцінки функції ендотелію судин малого кола кровообігу та загострення запалення. Це пов'язано з тим, що зниження кровообігу в легенях і коронарних судинах сприяє появі больового синдрому в наслідок підвищення рівня медіаторів, які підсилюють вазоконстрикцію. В останні роки для блокування болю в ділянці серця використовують антагоністи кальцію. Відомо, що амлодипін бесилат підвищує рівень оксиду азота (NO), який знижує рівень кальцію та призводить до вазодилатації. Тому, на наш погляд, застосування його у хворих ХОЗЛ, особливо у випадку коронароспазму, є доречним, бо він швидко і потужно впливає на медіатори релаксації та покращує реологічні властивості крові у хворих ХОЗЛ професійного генезу.

Мета: оптимізація блокування коронароспазму у хворих ХОЗЛ професійного генезу.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням перебували 47 хворих ХОЗЛ з коронароспазмом. Всі хворі одержували загально прийняту терапію з включенням пентоксифіліну, тоді як хворим 2-ї групи (21 чоловік) додатково до цієї терапії призначали амлодипін бесилат 10 мг на добу. Стан гемодинаміки і тиск в легеневій артерії оцінювали за допомогою ЕхоКГ і ДоплерЕхоКГ. Визначали рівень NO, NO-синтаз, ендотеліну-1 та прозапальні інтерлейкіни (ІЛ): ІЛ-1 β , ІЛ-6 і фактор некрозу пухлини (ФНП) α .

Результати: у всіх хворих на тлі проведеної комплексної терапії, особливо з додатковим включенням амлодипіну бесилату у 2-й групі спостереження, зменшувались частота, інтенсивність і продовження болю в серці. Поліпшення клінічних проявів захворювання супроводжувалося підвищенням рівню NO, ендотеліальної NO-синтази, та зниженням рівня ендотеліну-1 у крові. Відмічалось зниження рівня ІЛ-1 β , ФНПа, але більш виражені клінічні зміни відмічались у 2-й групі спостереження. Це свідчить на користь того, що пентоксифілін з амлодипіном бесилат в умовах вазоспастичного болю пригнічує дію медіаторів ендотеліальної дисфункції і загострення запалення.

Висновок: застосування пентоксифіліну з амлодипіном бесилату у комплексній терапії хворих з коронароспазмом спричиняло підсилення коронародилатації, що є альтернативою блокування клінічних проявів ангінального синдрому у хворих ХОЗЛ професійного генезу.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В.,
Маслова Є. П., Павленко А. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є наслідком неодноразового загострення запалення легень, яке веде до формування функціональних і структурних змін в судинах паренхіми легень та магістральних судинах. В цих умовах антитромбоцитарна, антикоагуляційна, протизапальна, антиоксидантна відповідь ендотелію судин гальмується. Тому застосування патогенетично обґрунтованих лікарських засобів, які активують перелічені властивості ендотелію судин у хворих ХОЗЛ з артеріальною гіпертензією (АГ), на наш погляд, є вчасним. Такими лікарськими засобами є комбінація пентоксифіліну з фелодипіном, яка підвищує кровообіг в судинах та спричиняє вазодилатацію в малому колі кровообігу і магістральних судинах.

Мета: оптимізація лікування хворих ХОЗЛ з АГ.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням перебували 63 хворих ХОЗЛ з АГ. Середній вік хворих складав (67 ± 6) років. Усі хворі одержували комплексну терапію з включенням пентоксифіліну (Латрен), який вводили внутрішньовенно крапельно 200 мл на протязі 120 хв., № 15, а 32 хворим 2-ї групи додатково до цієї терапії включали фелодипін (Фелодип) 10 мг на добу. Стан внутрішньо-серцевої гемодинаміки і середній тиск в легеневій артерії оцінювали за допомогою ЕхоКГ і ДоплерЕхоКГ. Визначали рівень оксиду азоту (NO), NO-синтази, ендотеліну-1, циклічних нуклеотидів. Визначали прозапальні інтерлейкіни (ІЛ): ІЛ-1 β , ІЛ-6, фактор некрозу пухлини (ФНП) α .

Результати: після проведеної терапії з включенням пентоксифіліну у всіх хворих відмічалась позитивна клініко-лабораторна динаміка, але у хворих 2-ї групи у порівнянні з хворими 1-ї групи відзначалось більш виражене зниження тиску в легеневій артерії та магістральних судинах, зменшення задишки, підвищення порога фізичних навантажень. Стан компенсації супроводжувався позитивними змінами показників NO, ендотеліальної NO-синтази, ендотеліну-1. Відмічалось зниження рівня ІЛ-1 β , ФНП α .

Висновок: зазначені позитивні клініко-функціональні та гуморальні зміни у хворих ХОЗЛ з АГ під впливом пентоксифіліну з фелодипіном супроводжувалося зниженням артеріального тиску в легеневій артерії і магістральних судинах, що сприяло відновленню кровообігу в легенях та поліпшенню показників внутрішньо-серцевої гемодинаміки.

ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТІВ RUBUS IDAEUS

Пономаренко С. В, Андрєєва І. Д. Осолодченко Т. П.,

Штикер Л. Г.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології імені І. І. Мечникова НАМН
України», м. Харків, Україна

Профілактика та лікування захворювань шкіри та слизової оболонки мікробного генезу проводиться антисептичними препаратами. Перспективним напрямом фармацевтичної науки є створення антисептиків рослинного походження. Однією з поширених лікарських рослин є малина звичайна (*Rubus idaeus*).

Мета: дослідження протимікробної активності екстрактів з плодів *R. idaeus*.

Матеріали та методи: досліджено 7 зразків спиртових екстрактів, отриманих з *Rubus idaeus*. Плоди малини обробляли різними розчинами етилового спирту різних концентрацій впродовж 5 діб з наступним випарюванням етилового спирту при температурі 60°C впродовж протягом 48 годин. Для дослідження протимікробної активності використані еталонні тест-культури *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Bacillus subtilis* ATCC 6633, *Proteus vulgaris* ATCC 4636. Протигрибкову дію речовин досліджено на референтному штамі *Candida albicans* ATCC 885-653. Усі тест-культури були одержані з лабораторії медичної мікробіології з Музеєм мікроорганізмів ДУ «ІМІ НАМН». Визначення чутливості дослідних речовин проводили за методом колодязів. Оцінку антибактеріальної активності дослідних речовин проводили за діаметром зон затримки росту. Відсутність росту або наявність зони затримки росту до 10 мм розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини.

Результати та їх обговорення: спиртові екстракти *Rubus idaeus*, які були отримані за допомогою 70 % та 96 % етиловим спиртом, проявили високу антибактеріальну активність по відношенню до *S. aureus* ATCC 25923 (діаметри зон затримки росту 25-27 мм) та *B. subtilis* ATCC 6633 (діаметри зон затримки росту були 26-27 мм). Помірна чутливість *C. albicans* ATCC 885-653 спостерігалась до спиртових екстрактів з 70 % спиртом (діаметри зон затримки росту 17-19 мм). Щодо грамнегативних мікроорганізмів (*P. vulgaris* ATCC 4636, *E. coli* ATCC 25922 та *P. aeruginosa* ATCC 27853) спиртові екстракти *Rubus idaeus* проявляли помірну активність (діаметри зон затримки росту 19–22 мм).

Висновок: в результаті мікробіологічного дослідження спиртових екстрактів *Rubus idaeus* доведено перспективність пошуку активних рослинних речовин з метою розробки антисептичних засобів.

ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕКСТРАКТІВ ПАГОНІВ *POPULUS SP*

Пономаренко С. В., Штикер Л. Г., Рябова І. С.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології імені І. І. Мечникова НАМН
України», м. Харків, Україна

Використання сучасних антисептичних препаратів в різних формах, безумовно, є найважливішим засобом для профілактики інфекцій. Сфера застосування антисептичних засобів постійно розширюється. В останні роки стали розроблятися комбіновані антисептики, які містять рослинні екстракти та модифіковані хімічні сполуки. Однією із рослин стала звичайна тополя (*Populus sp*).

Мета: дослідження протимікробної активності екстрактів з пагонів *Populus sp*.

Матеріали та методи: досліджено 4 зразки спиртових екстрактів, отриманих з *Populus sp*. Пагони тополі обробляли різними концентраціями етилового спирту протягом 5 діб, потім протягом 48 годин випарювали спирт при температурі 60°C. Для дослідження протимікробної активності використані еталонні тест-культури *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Bacillus subtilis* ATCC6633, *Proteus vulgaris* ATCC 4636. Протигрибкову дію речовин досліджено на референтному штамі *Candida albicans* ATCC 885-653. Усі тест-культури було одержано з лабораторії медичної мікробіології з Музеєм мікроорганізмів ДУ «ІМІ НАМН». Визначення чутливості дослідних речовин проводили за методом колодязів. Оцінку антибактеріальної активності дослідних речовин проводили за діаметром зон затримки росту. Відсутність росту або наявність зони затримки росту до 10 мм розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини. Дослідження проведені у трьох повторях. Статистичну обробку результатів дослідження проводили загальноприйнятими методами параметричної статистики.

Результати та їх обговорення: спиртові екстракти *Populus sp*, які були отримані з 96 % етиловим спиртом, проявили антибактеріальні властивості по відношенню до *S. aureus* ATCC 25923, де діаметри зон затримки росту складали 26- 28 мм, до *B. subtilis* ATCC 6633 (діаметри зон затримки росту були 24-26 мм). Чутливість *C. albicans* ATCC 885-653 дорівнювала 20-22 мм. Щодо грамнегативних мікроорганізмів (*P. vulgaris* ATCC 4636, *E. coli* ATCC 25922 та *P. aeruginosa* ATCC 27853) спиртові екстракти які були отримані з *Populus sp* проявляли помірну активність (діаметри зон затримки росту в діапазоні від 17 до 19 мм).

Висновок: доведено перспективність обраного напрямку пошуку активних речовин та їх аналогів у спиртових екстрактах *Populus sp*.

ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ СУДИН ПІД ВПЛИВОМ ЕЛЕКТРОННИХ СИГАРЕТ

Попова Т. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи – дослідження дії електронних сигарет (ЕС) на рівень нітратів, нітритів, ендотеліну-1 (ЕТ-1) в сироватці крові лабораторних щурів.

Матеріали і методи: 30 щурів лінії WAG обох статей, віком 10 тижнів розподілили на дві групи: 1-а група – контрольні тварини (n=10), 2-а група – тварини (n=20), що інгаляційно отримали аерозоль ЕС протягом 60 діб. Рівні нітритів і нітратів у сироватці визначали методом Miranda К.М. Визначення рівня ЕТ-1 у сироватці крові проводили імуноферментним методом за допомогою набору реактивів. Статистичний аналіз даних виконано за допомогою програми STATISTICA 7.0. Результати представлено як медіана (Me) та інтерквартильний розмах [значеннями 25-го та 75-го процентилів]. Відмінності в значеннях між групами аналізували за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Значення $p < 0,05$ вважали статистично вірогідним.

Результати: після тривалої (60 діб) дії аерозолі ЕС відмічалось статистично значуще зниження концентрації нітратів Me – 29.70 [29.06; 30.69] мкмоль/л, $p = 0.0012$ та нітритів Me – 6.12 [5.75; 6.41] мкмоль/л, $p = 0.0073$ у сироватці крові щурів 2-ої групи в порівнянні з показниками контрольних тварин 1-ої групи (нітрати Me – 37.20 [36.34; 39.63] мкмоль/л та нітритів Me – 6.63 [6.18; 7.33] мкмоль/л). Водночас з цим, визначено статистично значуще підвищення рівня ЕТ-1 Me – 7.90 [7.64; 8.14] пмоль/мл, $p = 0.0000$, в сироватці крові щурів 2-ої групи в порівнянні з щурами 1-ої групи Me – 5.97 [5.90; 6.22] пмоль/мл.

Нітрати і нітрити є стабільними метаболітами оксиду азоту (NO), які використовують для оцінки інтенсивності синтезу цієї сполуки. Тому, отриманні результати свідчать про зниження вмісту NO у щурів, що піддавалися інгаляційній дії ЕС. Пригнічення утворення NO, можливо, пов'язано з алкілуванням NO-синтази під дією формальдегіду, акролеїну і ацетальдегіду. Данні сполуки утворюються під час нагрівання рідини ЕС до температури 300⁰С. Відомо, що формальдегід, акролеїн і ацетальдегід активізують процеси вільно-радикального окислення, що призводить до апоптозу клітин. Підвищення рівня ЕТ-1 у сироватці крові щурів 2-ої групи, можливо, пов'язано з апоптотичною загибеллю ендотеліальних клітин

Висновки: наше дослідження демонструє, що вплив пари електронних сигарет впродовж 60 днів призводить до статистично достовірного підвищення концентрації ендотеліну-1 і зниження рівня нітратів і нітритів у сироватці крові щурів, що може свідчити про розвиток ендотеліальної дисфункції.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Потапенко М. С., Жеманюк С. П.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета: встановити зміни показників добового профілю артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу в гострому періоді ішемічного півкульного інсульту.

Матеріали та методи: до дослідження залучено 114 хворих на ГХ (медіана віку – 62 (56;72) роки, 40 % – особи жіночої статі) зі встановленою ГХ, у яких за даними ДМАТ зафіксовано підвищення середньодобових показників систолічного АТ (САТ) та/ або діастолічного АТ (ДАТ) ≥ 130 мм рт. ст. і ≥ 80 мм рт. ст., відповідно. У першу групу включено 83 хворих на ГХ без інсульту. Перша група була сформована з хворих на ГХ, у яких попри лікування антигіпертензивними препаратами першої лінії в оптимальних терапевтичних комбінаціях та дозах не вдалося досягти цільового рівня артеріального тиску (неконтрольована гіпертензія). До другої групи було залучено 31 гіпертензивного пацієнта зіставного віку з ішемічним півкульним інсультом. Добове моніторування артеріального тиску хворим другої групи виконано на 3(2;5) добу інсульту.

Результати: групи статистично відрізнялись за показниками середніх показників САТ за день, ніч, добу; та середньодобового пульсового АТ. У хворих в гострому періоді ішемічного інсульту статистично вірогідно переважали показники навантаження гіпертензією: за індексом часу САТ за добу на 32,4 % ($p < 0,001$) та день на 45,3 % ($p < 0,001$), за індексом площі САТ та нормалізованим індексом площі САТ за добу, день та ніч. У хворих на інсульт також була більшою варіабельність ДАТ в нічні години на 33,3 % ($p < 0,001$). Вірогідно вищими у хворих другої групи виявилися і показники індексу амбулаторної жорсткості судинної стінки розраховані за добу на 19,1 % ($p < 0,001$) та нічний проміжок спостереження на 40,9 % ($p < 0,001$). У хворих на ГХ в гострому періоді ішемічного інсульту переважали особи з mild dipping профілем ДАТ: 39 % проти 16 % ($p = 0,029$). В той же час групи хворих на ГХ з неконтрольованою гіпертензією та на ішемічним інсультом в гострому періоді захворювання не розрізнялись за показниками ранкового підйому САТ та ДАТ, а також показниками циркадного ритму ДАТ.

Висновок: хворі на ГХ в гострому періоді ішемічного інсульту не відрізняються від хворих з неконтрольованою артеріальною гіпертензією за переважною більшістю показників ДМАТ. В той же час, у хворих на ГХ в гострому періоді ішемічного півкульного інсульту переважали середні показники САТ за добу, день, ніч; пульсового тиску за добу, амбулаторного індексу жорсткості судинної стінки за добу та ніч; питома вага осіб з mild dipping профілем ДАТ.

ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ДІЄВА СТРАТЕГІЯ В ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ ІХС

Потяженко М. М., Настрога Т. В., Невоїт Г. В.,
Кітура О. Є., Люлька Н. О.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: на підставі вивчення основних факторів ризику захворювання у хворих на ІХС розробити персоніфікований підхід – індивідуальну та дієву стратегію щодо виконання дієвих рекомендацій дотримання засад здорового способу життя (ЗСЖ).

Матеріали і методи дослідження: в дослідження були включені 40 хворих на ІХС: стенокардію напруги стабільну ФК І. Середній вік склав $41,7 \pm 2,4$ р. Усі пацієнти на етапі «А» заповнювали опитувальник Носова А.Г., на етапі «Б» – проводилась біоімпедансометрія та скринінгове тестування, що дозволило розробити персоніфіковані рекомендації по дотриманню ЗСЖ кожному пацієнту. Другий етап дослідження проводився через 6 місяців, на фоні застосування базисної терапії (прийом β блокаторів у підтримуючій дозі, антиагрегантів, статинів), після виконання хворими персоніфікованих рекомендацій щодо дотримання ЗСЖ і включав повторне обстеження пацієнтів на ІХС. Через 6 місяців спостереження хворих на ІХС, були виділені групи: перша група – хворі, що дотримувались розроблених рекомендацій по дотриманню ЗСЖ ($n=21$) і друга група – хворі, що не дотримувались розроблених рекомендацій ($n=19$). При повторному обстеженні через 6 місяців виявлені суттєві розбіжності між групами хворих. Так, біоімпедансометричний аналіз тіла у хворих на ІХС засвідчив суттєві розбіжності по наступним показникам: ІМТ – у пацієнтів І групи знизився на 7,4%, тоді як – у респондентів ІІ групи – на 2,1% ($p<0,05$); калораж – у пацієнтів І групи знизився на 17,3%, тоді як у пацієнтів ІІ групи – на 1,8% ($p<0,05$), середній рівень систолічного АТ (САТ) знизився на 15,2%, тоді як у хворих ІІ групи – на 5,3% ($p<0,05$). Середній показник діастолічного АТ (ДАТ) у хворих І групи знизився на 19,6%, тоді як у хворих ІІ групи – на 5,8% ($p<0,05$). У хворих І групи рівень холестерину знизився на 13,1%, тоді як у хворих ІІ групи відмічено підвищення холестерину на 3,1% ($p<0,05$). При вивченні толерантності до фізичного навантаження за допомогою тесту з 6-ти хвилинною ходьбою, у пацієнтів І групи, пройдена відстань зросла на 20,2% ($p<0,05$), тоді, як у пацієнтів ІІ групи пройдена відстань збільшилась не суттєво на 8,2% ($p>0,05$).

Висновки: таким чином, впровадження додаткової методики обстеження хворих на ІХС і розробка персоніфікованих рекомендацій кожному пацієнту, буде сприяти підвищенню ефективності лікування, профілактиці захворювання.

СЕКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗОМ ВИХІДНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА ДО І ПІСЛЯ МІНІІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Пролом Н. В., Тарабаров С. О., Руденко А. І., Галінський О. О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,

м. Дніпро, Україна

Мета: вивчення стану секреції слизової оболонки у хворих з компенсованим стенозом вихідного відділу шлунка до і після мініінвазивного хірургічного лікування.

Матеріали і методи: дослідження проведено у хворих (n=18) з компенсованим стенозом вихідного відділу шлунка, який був підтверджений ендоскопічним і рентгенологічним дослідженнями. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Шлункову секрецію збирали під час езофагогастроскопічного дослідження методом відсмоктування в градуйовану пробірку. У шлунковому вмісті визначали: рН, концентрацію пепсину, глікопротеїнів, сіалових кислот, фукози, гексозамінів. Через 9 місяців після операції проводили повторне дослідження шлункової секреції.

Результати: встановлено, що у більшості пацієнтів з компенсованим стенозом вихідного отвору шлунка переважала гіперацидна секреція, рН шлункового соку знижувався до $(1,4 \pm 0,15)$, що у 1,8 разів ($p < 0,01$) менше контрольних величин. Що стосується найбільш значимого агресивного фактора – пепсину, то його протеолітична активність зберігалась на рівні контрольних величин і тільки у 6 (33,3 %) пацієнтів активність пепсину зростала до $(1,08 \pm 0,11)$ мг/мл – в 1,8 разів ($p < 0,05$). Концентрація глікопротеїнів була підвищеною до $0,4 \pm 0,14$ мг/мл тільки у 5 (27,8%) пацієнтів, що в 4,0 рази ($p < 0,05$) більше контрольних величин. Рівень фукози і гексозамінів був знижений відповідно в 1,8 разів ($p < 0,05$), тоді як рівень сіалових кислот навпаки зростав до $(0,43 \pm 0,1)$ ммоль/л – в 4,7 разів ($p < 0,05$). Через 9 місяців після ендоскопічної балонної дуоденопластики відзначено відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і активності парієтальних і головних клітин слизової оболонки шлунка до контрольних величин.

Висновок: мініінвазивна ендоскопічна балонна пілоро-дуоденопластика сприяє нормалізації моторно-евакуаторної функції і секреторної діяльності слизової оболонки шлунка.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КИЛАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Пролом Н. В., Шевченко Б. Ф., Бабій О. М., Поляк Н. В.

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

Мета: оцінити результати хірургічного лікування кил стравохідного отвору діафрагми (КСОД) лапароскопічним доступом.

Матеріали і методи: у відділенні хірургії органів травлення було виконано 119 лапароскопічних оперативних втручання з приводу КСОД та гастроєзофагеальної хвороби, серед яких 69 (57,9%) жінок і 50 (42,1%) чоловіків, середній вік яких становив $(43,2 \pm 12,6)$ року. Для встановлення та підтвердження діагнозу пацієнтам проводили рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки на апараті OPERAT90SEX. Езофагогастродуоденоскопію з візуальною оцінкою стану слизової оболонки дослідження моторної функції стравоходу і його сфінктерів, використовувалася манометрія.

Результати: основними завданнями хірургічного втручання з приводу КСОД були: усунення діафрагмальної кили, відновлення нижнього стравохідного сфінктера, відновлення кута Гіса, забезпечення вільного антеградного пасажу їжі, збереження внутрішньочеревного ділянки стравоходу довжиною 2 см і більше, а також фізіологічного натягу стравоходу. Принципи хірургічної корекції, якими ми керувалися при антирефлюксних оперативних втручаннях: виконання крурорафії (передня, задня, комбінована); виконання фундоплексії (за методиками Ніссен, Тупе-Покет, Ніссен-Розетті); виконання фундодіафрагмопексії. Серед оперованих пацієнтів у 101 (84,9%) – аксіальна КСОД (тип I), у 14 (11,8%) – параєзофагеальна КСОД (тип II), змішана КСОД з укороченим стравоходом (тип III) – у 4 (3,4%) пацієнта. Крурорафія виконано у 100% пацієнтів: задня – у 67 (56,3%) пацієнтів, передня та задня – у 36 (30,3%) пацієнтів, алопластика – у 16 (13,4%) пацієнтів. Виконано лапароскопічні фундоплексії: фундоплексія по Нісену – у 96 (80,7%) пацієнтів, фундоплексія за Тупе – у 12 (10,1%) пацієнтів, фундоплексія за Дором – у 11 (9,2%) пацієнтів. Фундодіафрагмопексію виконано у 87 (73,1%). Інтраопераційні ускладнення діагностовано у 14 (11,8%) хворих: пневмомедіастинум – у 2 (1,7%) пацієнтів, пневмоторакс – у 3 (2,5%) пацієнтів, підшкірна емфізема – у 5 (4,2%) пацієнтів, кровотеча з коротких судин шлунка – у 4 (3,4%). В післяопераційному періоді ускладнень з боку області хірургічного втручання не було, дренажі в післяопераційному періоді видалені на 1-2 добу.

Висновок: результати дослідження свідчать про високу ефективність лапароскопічного доступу в хірургічному лікуванні пацієнтів з КСОД, добре переносяться пацієнтами, характеризуються невеликим відсотком ускладнень, що веде до скорочення післяопераційного періоду і ранньої реабілітації.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО РАЦІОНУ ТА РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Резнік Л. А., Коваль С. М., Милославський Д. К., Старченко Т. Г.,
Пенькова М. Ю.

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

Мета – вивчення особливостей добового раціону та режиму харчування чоловіків хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО) на підставі результатів їх анкетування.

Матеріали і методи. Обстежено 65 хворих – чоловіків на АГ II стадії, 2-3 ступеня у віці від 38 до 63 років (основна група – 36 хворих з АО, група порівняння – 29 хворих з нормальною масою тіла (НМТ)). Особливості харчування хворих вивчали за допомогою аналізу анкети – "щоденника добового харчування", який заповнювався хворим на протязі 4-х діб. Енергетичну цінність їжі та добове споживання білків, жирів і вуглеводів розраховували за допомогою спеціальних таблиць для підрахунку калорійності та хімічного складу окремих харчових продуктів.

Результати. Виявлена достовірно більш висока ($p < 0,001$) енергетична цінність добового раціону чоловіків з АГ та АО (3410,4 [2416,2; 3815,6] ккал), ніж у чоловіків з АГ та НМТ (2561,2 [2045,4; 2984,2] ккал). Встановлена суттєва різниця у добовому розподілі їжі за калорійністю між групами обстежених. Так, максимальна енергетична цінність їжі припадала на вечерю у 28 хворих (78%) основної групи і у 13 хворих (45%) хворих групи порівняння ($p < 0,01$). Аналіз макронутрієнтного складу добового раціону хворих показав достовірне підвищення добового споживання жирів (178,8 [108,6; 202,2] г) і вуглеводів (380,9 [343,2; 409,8] г) в основній групі на відміну від групи порівняння (115,2 [86,6; 149,8] г) ($p < 0,05$) та (290,3 [264,2; 386,2] г) ($p < 0,05$), відповідно). Серед вуглеводів в основній групі хворих відмічено достовірно більше вживання моносахаридів, ніж в групі порівняння – (207,4 [172,2; 243,7] г і (154,3 [111,2; 195,4] г), відповідно ($p < 0,01$). Добове вживання білків в обстежених групах хворих достовірно не відрізнялось ($p > 0,05$). В обох групах хворих відмічалось недостатнє споживання харчових волокон при відсутності достовірної різниці між групами. У хворих на АГ з АО цей показник становив (18,6 [7,3; 25,4] г/ на добу), а у хворих на АГ з НМТ – (19,5 [10,2; 31,8] г/ на добу), $p > 0,05$).

Висновки. Характер харчування хворих на АГ з АО достовірно відрізнявся від такого у хворих на АГ з НМТ більш високою енергетичною цінністю добового раціону, вживанням їжі, переважно, у другій половині доби, достовірно більшим споживанням вуглеводів, в першу чергу, моносахаридів, та жирів. Споживання харчових волокон було недостатнім в обох групах хворих. За рівнем споживання даних компонентів харчування обстежені групи хворих достовірно не відрізнялись.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА КОМОРБІДНОСТІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ

Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г.

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна*

Мета: оцінити прогностичні властивості параметрів гемограми й ферокінетичних показників щодо кількості госпіталізацій на рік внаслідок зростання ознак серцевої декомпенсації у анемічних хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) при ішемічній хворобі серця (ІХС).

Матеріали та методи: обстежено 110 хворих з анемічним синдромом на тлі ХСН ішемічного генезу. Методологія вивчення предикторних властивостей у хворих з анемією на тлі ХСН при ІХС, повинна відповідати вимогам системного аналізу та доказової медицини. Для збільшення якості прогнозу було замінено кількісні змінні їх поданням у ранжируваному вигляді. Ранг показника (у нашому випадку 0 або 1) призначався залежно від того більше або менше його значення ніж точка поділу (cut-off value) – величина при якій сума чутливості та специфічності досліджуваного незалежного показника по відношенню до прогнозованого є максимальною. Вибір точки поділу проводили шляхом побудови ROC (Receiver Operator Characteristic) кривих на площині чутливість – специфічність. Площа під такою кривою – є інтегральною характеристикою прогностичних якостей досліджуваного предиктора.

Результати: серед усіх показників, що вивчалися, найбільшу чутливість у прогнозуванні кількості госпіталізацій на рік мали центральний регулятор обміну заліза гепсидин сироватки крові (чутливість 94,1 %, специфічність 100 %), розчинний рецептор трансферину (ррТф) (чутливість 94,1 %, специфічність 100 %) та індекс ррТф/ log феритина (чутливість 88,2 %, специфічність 100 %).

Рівень госпіталізацій більш 1 на рік внаслідок зростання ознак серцевої декомпенсації у хворих з анемією на тлі ХСН при ІХС прогнозують за наявності рівня гепсидину $\geq 110,02$ нг/мл, ррТф – $\leq 1,23$ мкг/мл, індекса ррТф/ log феритина $\leq 0,68$.

Висновки: найбільш придатними для прогнозування кількості госпіталізацій більше однієї на рік у хворих з анемією на тлі ХСН при ІХС є сироватковий рівень гепсидину, сироватковий рівень розчинного рецептора трансферину й індекс ррТф/ log феритина.

**ОБЩАЯ АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ
ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ГЛЮТАТИОНТРАНСФЕРАЗЫ И
МИКРОСОМАЛЬНОЙ ЭПОКСИДГИДРОЛАЗЫ**

Самохина Л. М., Крахмалова Е. О., Токарева А. Ю.,

Гетман Е. А., Щенявская Е. Н., Гридасова Л. Н.

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

Цель: оценить роль антиоксидантной активности (ОАА) в развитии обострений хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ) с учетом полиморфизма генов глутатионтрансферазы theta 1 (GSTT1) и микросомальной эпоксидгидролазы (EPHX1).

Материалы и методы: обследовано 68 больных ХОЗЛ в сочетании с ишемической болезнью сердца, из них 34 – с нечастыми обострениями ХОЗЛ и 34 – с частыми обострениями. Контрольная группа – 15 практически здоровых лиц. Наличие и степень тяжести ХОЗЛ устанавливали согласно с критериями GOLD (2010) и Приказом МЗ Украины № 128 от 19.03.2007 г. Диагноз ИБС устанавливали согласно рекомендациям Европейского и Украинского обществ кардиологов (2011). ОАА определяли в сыворотке крови микроспектрофотометрическим методом. Анализ полиморфных локусов генов GSTP1 и EPHX1 проводили методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с использованием наборов реагентов «Синтол» (Россия), статобработку – с использованием программного обеспечения «Microsoft Excel».

Результаты: проанализировано 6 гомозигот по двум генам А/А GSTT1, С/С EPHX1, 20 – А/А GSTT1, Т/Т EPHX1, 14 гомозигот по одному гену А/А GSTT1, Т/С EPHX1, 14 – А/Г GSTT1, Т/Т EPHX1, 5 – А/Г GSTT1, С/С EPHX1 и 9 гетерозигот по двум генам А/Г GSTT1, Т/С EPHX1. Отмечено, что степень вероятности различий между фенотипами ХОЗЛ с нечастыми и частыми обострениями $>0,05$. Выявлено повышение ОАА по сравнению с контролем у гетерозигот по 2-м генам. У гомозигот по двум генам А/А GSTT1, Т/Т EPHX1 с нечастыми обострениями ХОЗЛ и у гетерозигот по одному гену А/Г GSTT1, С/С EPHX1 с частыми обострениями отмечены низкие значения ОАА по сравнению с контролем ($p<0,001$), что указывает на возможность прогрессирования ХОЗЛ.

Вывод: генотип Т/С EPHX1 обеспечивает большую устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды по сравнению с А/Г GSTT1.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН

Самохина Л. М., Топчий И. И., Кириенко А. Н.

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

Цель: исследовать содержание кальция и фосфора в сыворотке крови мужчин среднего и пожилого возраста с диабетической нефропатией (ДН) и гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: обследовано 21 мужчин, больных СД 2-го типа в сочетании с ДН II-IV стадий и ГБ в анамнезе, до лечения, а также группы сравнения – без СД с ГБ в анамнезе (9 мужчин). Группа больных состояла из лиц среднего и пожилого возраста. Стадию ДН устанавливали согласно классификации С. Mogensen (1981 г.), стадию ГБ или вторичной артериальной гипертензии – согласно рекомендациям ВОЗ и Международной ассоциации гипертензии (2007г.). Дополнительно проводили оценку кальциноза коронарных артерий путем рентгенологического обследования органов грудной клетки и морфологических изменений сонных сосудов методом количественной эхокардиографии. В сыворотке крови исследовали концентрацию кальция и фосфора с использованием набора реагентов Cormay (Польша). Статистическую обработку проводили по методу Стьюдента-Фишера с помощью программного обеспечения Excel.

Результаты: отмечено повышение концентрации кальция и снижение концентрации фосфора у пожилых мужчин с ДН по сравнению со средним возрастом. Анализ данных рентгенообследования показал наличие кальцификации сосудов. Изучение кровотока и морфологии сосудистой стенки общих сонных артерий (ОСА) у больных ДН позволило установить наличие 3 типов изменений сосудов: I – атеросклеротические бляшки в ОСА при нормальной толщине комплекса интима-медиа (КИМ) (49 %); II – диффузное утолщение КИМ при отсутствии воспалительных изменений сосудистой стенки (26 %); III – наличие и атеросклеротических бляшек, и утолщения КИМ (25 %). Повышение концентрации кальция при ДН у пожилых мужчин может указывать на отчетливые и яркие симптомы заболеваний почек или нефропатий и может быть обусловлено повышением внутриклеточного Ca^{2+} и воспаления, высвобождением провоспалительных цитокинов. Отмечено, что концентрация фосфора достоверно выше у мужчин среднего возраста без СД с ГБ в анамнезе, что обусловлено, скорее всего, наличием воспалительного процесса и/или окислительного стресса, и связано с ухудшением возможности снижения систолического артериального давления с возрастом.

Вывод: старение мужчин с ДН до пожилого возраста сопровождается повышением концентрации кальция и снижением концентрации фосфора, что отчетливо проявляется уже на ранних стадиях развития ДН.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКЦІЇ БІЛКА КЛОТО У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Семенових П. С., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю.,

Щербань Т. Д., Савічева К. О.

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

Мета: вивчення особливостей продукції білка Клото в сироватці крові хворих на діабетичну нефропатію (ДН)

Матеріали і методи: обстежено 72 хворих на цукровий діабет ЦД0 2-го типу у віці від 42 до 79 років. Контроль - 20 практично здорових осіб. В залежності від рівня швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та наявності альбумінурії хворі на ЦД 2 типу були розподілені на групи: I група – з нормальною ШКФ та без альбумінурії, II група – з нормальною ШКФ та альбумінурією, III група – зі зниженою ШКФ та альбумінурією. Концентрацію білка Клото визначали методом імуноферментного аналізу (тест-система Immuno Biologic Laboratories Co. Ltd., Японія).

Результати: у хворих на ДН мали місце суттєві зміни вмісту білка Клото в сироватці крові, його рівні були нижчі, ніж у здорових людей та у пацієнтів з ЦД без порушення функції нирок. У I групі (ЦД без ниркових порушень) рівень Клото був дещо нижчим, ніж у здорових осіб і становив $(570,15 \pm 62,25)$ пг/мл, проте ці зміни не були вірогідними. В II групі хворих (ДН з альбумінурією) виявлено більш суттєве зниження показника до $(490,66 \pm 58,76)$ пг/мл, ($p < 0,05$). Найнижчі значення Клото $(443,58 \pm 46,92)$ пг/мл виявлено в III групі обстежених (ДН зі зниженням ШКФ), ($p < 0,01$). В контрольній групі середні значення становили $(630,74 \pm 64,71)$ пг/мл. При проведенні кореляційного аналізу виявлено зворотній кореляційний зв'язок концентрації білка Клото з показниками альбумінурії ($r = - 0,72$, $p < 0,01$) та концентрацією креатиніну ($r = - 0,64$, $p < 0,05$), а також прямий кореляційний зв'язок зі ШКФ ($r = + 0,57$, $p < 0,05$). Також ми виявили, що рівні Клото зворотно корелювали з рівнем HbA1c ($r = - 0,49$, $p < 0,05$) і загального холестерину ($r = - 0,60$, $p < 0,05$), що вказує на безумовний взаємозв'язок вмісту даного протеїну з ліпідним та вуглеводним обміном.

Висновок: отримані дані свідчать про безпосередню участь білка Клото в формуванні ниркової патології при ЦД 2 типу і доцільність практичного використання визначення Клото в сироватці крові хворих в якості раннього діагностичного маркера ниркових порушень та оцінки кардіоваскулярного ризику. Розробка стратегій по підвищенню продукції Клото може сприяти зниженню темпів прогресування як ниркових, так і судинних уражень при цукровому діабеті 2 типу.

**ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО
ФАКТОРУ РОСТУ-А У РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О.

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

Мета: дослідити рівні васкулоендотеліального фактора росту – А (ВЕФР-А) та оцінити їх зв'язок з розвитком кардіоваскулярних подій у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з цукровим діабетом 2 типу (ЦД).

Матеріали та методи: обстежено 91 хворого на ІХС з ЦД та 82 хворих на ІХС без ЦД. Групу контролю склали 23 хворих без ІХС та ЦД. Всі хворі на ІХС отримували ацетилсаліцилову кислоту, статини (аторвастатин в дозі 20-40 мг/добу або розувастатин в дозі 10-20 мг/добу), інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або антагоністи рецепторів ангіотензину II, бета-блокатори. Пацієнти з ЦД додатково приймали метформін або комбінацію метформіну з препаратами сульфанілсечовини (гліклазид або глімепірид). Рівень ВЕФР-А вимірювався при включенні імуноферментним методом у сироватці крові. Медіана періоду спостереження склала 18 місяців. Комбінована кінцева точка включала наступні події: серцево-судинну смерть, інфаркт міокарду з елевацією чи без елевації сегмента ST, нестабільну стенокардію, гостре порушення мозкового кровообігу, реваскуляризацію міокарда, госпіталізації з приводу погіршення перебігу серцевої недостатності.

Результати: рівень ВЕФР-А у хворих на ІХС достовірно перевищував показники групи контролю ($176,42 \pm 15,84$) пг/мл, як у пацієнтів з ЦД ($327,81 \pm 22,57$) пг/мл, так і без ЦД ($285,32 \pm 27,39$) пг/мл ($p < 0,001$ та $p < 0,01$, відповідно). Рівень ВЕФР-А у хворих на ІХС з ЦД достовірно не відрізнявся від пацієнтів на ІХС без ЦД ($p > 0,05$). За період спостереження настання комбінованої кінцевої точки у хворих на ІХС та ЦД (6,10 % ($n=5$)) було достовірно частішим, ніж у хворих без ЦД (21,98 % ($n=20$)), $p < 0,05$. За даними ROC-аналізу, рівні ВЕФР-А нижчі за 302,1 пг/мл асоціювалися з виникненням кардіоваскулярних подій у хворих на ІХС з ЦД. Чутливість методу склала 85,19 %, специфічність – 66,67 %, площа під ROC-кривою – 0,81, $p < 0,0001$. Рівень ВЕФР-А нижчий за 302,1 пг/мл у 11,88 разів підвищував ризик розвитку повторних кардіоваскулярних подій у хворих на ІХС з ЦД впродовж 18 місяців спостереження (ВШ 11,88; ДІ [3,48; 40,57]).

Висновки: у хворих на ІХС, як з ЦД, так і без ЦД, рівень ВЕФР-А був значуще вищим, ніж в групі контролю, тоді як достовірних відмінностей між хворими з ЦД та без ЦД не встановлено. Разом з цим, у хворих на ІХС з ЦД зниження рівню ВЕФР-А виявилось предиктором розвитку несприятливих кардіоваскулярних подій.

**ПРОТИЗАПАЛЬНІ ТА ГІПОЛІПІДЕМІЧНІ ЕФЕКТИ
АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ
ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ**

Серік С. А., Рябуха В. В., Сердобінська-Канівець Е. М., Ченчик Т. О.

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

м. Харків, Україна.

Мета: порівняти вплив аторвастатину на рівні про- та протизапальних цитокінів (інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), С реактивного білка (СРБ) та показники ліпідного обміну у хворих на ІХС з цукровим діабетом 2 типу (ЦД) з ожирінням та з нормальною вагою.

Матеріали і методи: обстежено 46 хворих з стабільною формою ІХС з ЦД, з яких 20 хворих були з нормальною вагою і 26 хворих з ожирінням. Стандартна терапія включала аторвастатин 20-40мг, ацетилсаліцилову кислоту, бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ, метформін в комбінації з препаратами сульфонілсечовини. Обстеження проводилось до та після 3 місяців стабільної терапії. Рівні ІЛ-6, ІЛ-10 та СРБ визначали імуноферментним методом, ліпідні показники – ферментативним методом.

Результати дослідження: в динаміці лікування аторвастатином в групі хворих з нормальною вагою відмічено зниження рівня загального холестерину (ЗХС) з $5,24 \pm 0,21$ ммоль/л до $4,07 \pm 0,30$ ммоль/л, холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) з $2,81 \pm 0,18$ ммоль/л до $1,92 \pm 0,37$ ммоль/л ($p < 0,05$). У хворих з ожирінням також відмічена достовірна динаміка в зниженні ЗХС з $5,81 \pm 0,43$ ммоль/л до $4,12 \pm 0,09$ ммоль/л і ХС ЛПНЩ з $3,57 \pm 0,39$ ммоль/л до $2,06 \pm 0,14$ ммоль/л., ($p < 0,05$), при цьому у хворих з нормальною вагою зниження рівня тригліцеридів (ТГ) досягало критеріїв значущості з $2,19 \pm 0,09$ ммоль/л до $1,42 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,05$), тоді як у хворих з ожирінням зниження рівня ТГ не набуло критеріїв вірогідності з $2,32 \pm 0,36$ ммоль/л до $1,73 \pm 0,12$ ммоль/л., ($p > 0,05$). При порівнянні показників запальної активації виявлено достовірне зниження прозапального ІЛ-6 у хворих з нормальною вагою з $6,23 \pm 0,46$ пг/мл до $4,17 \pm 0,83$ пг/мл, ($p < 0,05$), у хворих з ожирінням ІЛ-6 знизився недостовірно з $7,42 \pm 1,05$ пг/мл до $6,22 \pm 0,66$ пг/мл ($p > 0,05$). Протизапальний ІЛ-10 знизився достовірно і у хворих з нормальною вагою з $5,56 \pm 0,07$ пг/мл до $3,48 \pm 0,21$ пг/мл, і у хворих з ожирінням з $5,76 \pm 0,75$ пг/мл до $3,32 \pm 0,81$ пг/мл ($p < 0,05$). Достовірної різниці в зниженні СРБ у хворих з нормальною масою тіла і ожирінням в динаміці лікування аторвастатином не виявлено.

Висновки: аторвастатин ефективно знижує ЗХС і ХС ЛПНЩ у хворих на ІХС з ЦД 2 типу не залежно від маси тіла, тоді як рівні ТГ достовірно знижувались тільки у хворих без ожиріння. У хворих з нормальною вагою аторвастатин приводив к достовірному зниженню і прозапального ІЛ-6 і протизапального ІЛ-10. У хворих з ожирінням відмічено достовірне зниження тільки протизапального ІЛ-10.

ЦИРКУЛЮЮЧІ МІКРОРНК-27А, -221 ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ЛІПІДНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Рябуха В. В., Бондар Т. М.

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

м. Харків, Україна

Мета дослідження: дослідити рівні циркулюючих мікрорибонуклеїнових кислот (мікроРНК) -27а, -221 та їх зв'язок з ліпідними показниками при ішемічній хворобі серця (ІХС) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: обстежено 58 хворих на стабільну ІХС з цукровим діабетом 2 типу та 22 хворих на ІХС без діабету. Групу контролю склали 19 осіб без ІХС та діабету. Рівні міРНК-27а, -221 визначали в плазмі крові за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Результати виражали у відносних одиницях (в.о.) по відношенню до референтної мікроРНК U6.

Результати і обговорення: у хворих на ІХС з діабетом рівні мікроРНК-27а (0,69 [0,32;1,40] в.о.) були нижче, ніж у хворих без діабету (1,37 [0,63; 2,86] в.о.) ($p=0,011$) і в групі контролю (0,90 [0,61; 2,62] в.о.) ($p=0,024$). Підвищення міРНК-27а у пацієнтів без діабету відносно контролю було недостовірним ($p=0,832$). Рівні мікроРНК-221 при ІХС з діабетом (0,54 [0,33; 0,91] в.о.) були також нижче, ніж в групі без діабету (1,07 [0,62; 2,70] в.о.) ($p=0,001$) і в групі контролю (1,05 [0,53; 1,77]) ($p=0,006$). Різниця у показниках мікроРНК-221 в групі контролю і у хворих на ІХС без діабету була незначущою ($p=0,545$). При аналізі кореляцій мікроРНК з ліпідними показниками достовірні зв'язки виявлено лише в групі хворих на ІХС з діабетом: мікроРНК-27а негативно співвідносилась з тригліцеридами (ТГ) ($R=-0,300$, $p=0,041$), мікроРНК-221 позитивно корелювала з холестеринем ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) ($R=0,375$, $p=0,004$). На межі статистичної значущості була позитивна кореляція мікроРНК-27а з ХС ЛПВЩ ($R=0,257$, $p=0,078$). При аналізі ліпідних показників у хворих з діабетом в тертілях, виділених за мікроРНК, встановлено, що в 1 (нижній) тертілі за мікроРНК-27а рівні ТГ були найвищими ($p=0,004$ vs 3 (верхня) тертіль) а ХС ЛПВЩ найнижчими ($p=0,001$ vs 2 тертіль, $p=0,023$ vs 3 тертіль). Щодо мікроРНК-221, то в 1 тертілі за цією мікроРНК рівень ХС ЛПВЩ був достовірно нижче, ніж в 3 тертілі ($p=0,007$).

Висновки: у хворих на ІХС з цукровим діабетом 2 типу встановлено зменшення рівнів циркулюючих мікроРНК-27а та -221 у порівнянні як з контрольною групою, так і з хворими на ІХС без діабету, у той же час рівні цих мікроРНК у хворих на ІХС без діабету від групи контролю не відрізнялись. Зниження рівнів мікроРНК-27а у пацієнтів з діабетом асоціювалось зі зростанням ТГ і зменшенням ХС ЛПВЩ, а низькі рівні мікроРНК-221 співвідносились лише зі зменшенням ХС ЛПВЩ.

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ЗАЛЕЖНО
ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ПЕРЕБІГОМ,
ЩО УСКЛАДНИВСЯ ІШЕМІЧНИМ ПІВКУЛЬНИМ ІНСУЛЬТОМ**

Сиволап В. В., Жеманюк С. П., Потапенко М. С.

*Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна*

Мета: визначити особливості вегетативної регуляції залежно від локалізації церебрального ураження у хворих на гіпертонічну хворобу з перебігом, що ускладнився ішемічним півкульним інсультом.

Матеріали і методи: обстежили 41 хворого на гіпертонічну хворобу, перебіг якої ускладнився ішемічним півкульним інсультом (середній вік – $62,41 \pm 10,36$ року). Діагноз ГХ встановлювали відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України. Діагноз ішемічного півкульного інсульту підтверджено результатами рентген-комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії головного мозку. ЕКГ реєстрували на біфункціональному пристрої «Кардіотехніка-04» («Інкарт», Санкт-Петербург, Російська Федерація) впродовж 24 годин. Добове моніторування ЕКГ виконано на $4,2 \pm 2,2$ доби інсульту. Оцінювали стандартний набір часових і спектральних показників ВСР. Статистична обробка матеріалів здійснена за допомогою пакета програм «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США).

Результати дослідження: аналіз показників ВСР залежно від локалізації патологічного процесу (право- або лівопівкульний) у хворих на гіпертонічну хворобу, перебіг якої ускладнився ішемічним інсультом, виявив наступні особливості. У хворих на правопівкульний ішемічний інсульт спостерігалось значне переважання показників симпато-вагального індексу (LF/HF) у 2,13 рази ($p=0,036$) за добу, у 2,2 рази ($p=0,041$) за день, на 86,7 % ($p=0,039$) за ніч над аналогічними показниками у хворих на лівопівкульний ішемічний інсульт. У хворих на правопівкульний ішемічний інсульт на всіх часових проміжках спостерігалась тенденція до зниження nHF. Нормалізовані показники потужності спектра в діапазоні високих частот за добу, день, ніч майже досягли межі статистичної вірогідності ($p=0,064$; $p=0,086$; $p=0,099$, відповідно). Хворі на право- та лівопівкульні ішемічні інсульти за рештою тимчасових і спектральних показників ВСР вірогідно не розрізнялись.

Висновок: правосторонній півкульний ішемічний інсульт асоціюється з вірогідним переважанням добової активності симпатичної ланки ВНС, про що свідчить вірогідне підвищення симпато-вагального індексу за добу у 2,13 рази, а також у день у 2,2 рази та вночі на 86,7 %, водночас із тенденцією до пригнічення парасимпатичної ланки (за даними nHF).

ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Сидоренко Г. В., Білий Д. О.

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
м. Київ, Україна*

При ішемічній хворобі серця (ІХС) і особливо ускладнені її перебігу перенесеним гострим інфарктом міокарда (ІМ) зміни симпато-адреналової системи вельми реальні. Вивчення варіабельності серцевого ритму (ВСР) у цих хворих актуально у плані визначення значимості перебудови регуляторної діяльності, забезпеченні реакцій адаптації та компенсаторних механізмів і стратифікації пацієнтів за ступенем ризику.

Мета дослідження: визначити особливості і значення змін ВСР в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи (УЛНК), які перенесли ІМ, в залежності від тривалості післяінфарктного періоду (ППП).

Об'єкт і методи: обстежено 164 хворих, які перенесли ІМ, в динаміці протягом 5 років. Виділені групи: I – тривалість ППП 1; II – 2; III – 3-4; IV – 5 і більше років. Контрольну групу склали 150 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) без ІМ в анамнезі. Добове моніторування виконували на апараті «DiaCard», фірми «Сольвейг».

Результати: у хворих I гр. реєстрували зменшення SDNN-і на 8,6 % ($P < 0,05$), частоту SDNN-і < 50 мс у 51,3 % проти 41,8 % в контролі. У групах II-IV SDNN-і підвищився на 6,1 %, 6,4 % та 8,9 % ($P < 0,05$) відповідно. Відсоток обстежених з SDNN-і < 50 мс у II гр. не змінився, у III і IV гр. збільшився на 2,9 % та 4,4 %. Коефіцієнт варіації (CV) у I гр був меншим на 5,4 % ($P < 0,05$), у 33,3 % знижувався < 5 у.о. У II – IV гр CV підвищився до рівня контролю. Зміни SDANN в I гр. становили 14 % ($P < 0,05$), у тому числі з SDANN < 85 мс склали 30,8 % ($P < 0,05$) проти 16,7 % в контролі. Встановлено його подальше підвищення у II та III гр. Частота SDANN < 85 мс у IV гр. досягала контролю. Зменшення RMSSD і pNN50% в I гр. становило 5,7 % та 9,7 % ($P < 0,05$), відсоток RMSSD < 15 і pNN50% $< 0,75$ склав 7,7 % та 5,1 %, у подальший термін вірогідної різниці з контролем не встановлено. Зменшена на 15 % ($P < 0,05$) TP в I гр. поступово підвищувалась. У IV гр. TP < 2000 мс² виявляли у 29,7 % проти 33,3 % в I гр. Внесок дуже низьких коливань у TP в I гр. становив 60,1 %, у послідовні роки – 59,2 %, проти 58,2 % – у контролі. Зміни низько (LFp) і високочастотних коливань (HFp) у I гр. становили 20 % ($P < 0,05$) і 15,8 % ($P < 0,05$). У більшості випадків LF/HF переважало 2,0, втім у 12,8 % хворих I гр. реєстрували LF/HF $< 0,95$, у IV гр. – 11,1 % і контролі 7,6 %.

Таким чином в УЛНК обстежених після ІМ, реєстрували більш знижені статистичні і спектральні показники ВСР. При адекватному лікуванні і збільшенні терміну ППП реєстрували підвищення показників ВСР, парасимпатичної активності, зменшення порушень вегетативного дисбалансу, що свідчило про стабілізацію перебігу ІХС.

ВПЛИВ СОРТИЛІНЕМІЇ НА ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – дослідити вплив сортилінемії на показники вуглеводного обміну у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи: проведено комплексне обстеження 105 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу кардіологічного відділення КНП «Міської клінічної лікарні №27». Всі хворі на ІХС були розподілені на групи: 1-шу – склали хворі на ІХС у поєднанні із ЦД 2 типу ($n=75$), 2-гу – склали хворі на ІХС без супутнього ЦД 2 типу ($n=30$). Хворі основної групи були розділені на підгрупи залежно від рівня сортилінемії: так в 1-шу підгрупу увійшли хворі на ІХС із супутнім ЦД 2 типу з рівнем сортиліну в сироватці крові нижче 228,56 нг / мл ($n = 38$), в другу – вище 228,56 нг / мл ($n = 37$). Рівень сортиліну визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «Human SORT 1 ELISA Kit» (США). З метою контролю вуглеводного обміну визначали рівень глюкози глюкозооксидантним методом, визначення вмісту глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) у цільній крові проводили фотометричним методом за реакцією з тіобарбітуровою кислотою з використанням комерційної тест-системи фірми «Реагент» (Україна). Концентрацію інсуліну визначали імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи INSULIN ELISA KIT (США). ІР визначалася за моделлю HOMA-IR = концентрація інсуліну (мкОД/мл) x глюкоза (ммоль/л)/22,5.

Результати: дослідження стану вуглеводного обміну у хворих на ІХС з супутнім ЦД 2 типу та без нього залежно від рівня сортилінемії показало, що у хворих першої підгрупи рівень глюкози натще склав $5,93 \pm 2,11$ ммоль/л, проти хворих другої підгрупи – $7,08 \pm 2,27$ ммоль/л і був на 16,2% нижче ніж у хворих другої підгрупи ($p < 0,05$); рівень інсуліну натще склав $13,45 \pm 0,74$ мкОд/мл у хворих першої підгрупи і був на 32,3% достовірно нижчим за рівень інсуліну натще у хворих другої підгрупи – $19,86 \pm 0,92$ мкОд/мл ($p < 0,05$). У першій підгрупі відзначалися нижчі значення рівня HbA_{1c} – $9,62 \pm 1,59\%$, ніж у другій підгрупі – $11,03 \pm 1,71\%$ і було на 12,8% нижчим, відповідно ($p < 0,05$). При вивченні індексу HOMA отримано дані про достовірне його підвищення ($5,89 \pm 2,14$ порівняно з $3,96 \pm 2,03$ відповідно) у хворих другої підгрупи порівняно з першою підгрупою, що було вищим на 32,8%, відповідно ($p < 0,05$).

Висновки: за результатами нашого дослідження при розподілі хворих залежно від рівня сортилінемії простежувалася чітка тенденція до погіршення вуглеводного обміну у вигляді зростання рівня глюкози, інсуліну, рівня глікозильованого гемоглобіну та індексу HOMA у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім цукровим діабетом 2 типу пропорційно збільшенню рівня сортилінемії.

ОЦІНКА ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОСТІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – дослідити показники ліпідного спектру крові у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) за умов коморбідності з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи: проведено обстеження 105 хворих на ІХС та ЦД 2 типу, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «Міської клінічної лікарні №27». Усі хворі на ІХС були розподілені на групи: 1-шу склали хворі на ІХС у поєднанні із ЦД 2 типу (n=75), 2-гу – хворі на ІХС без супутнього ЦД 2 типу (n=30). Контрольну групу складало 30 практично здорових осіб. Дослідження параметрів ліпідного профілю включало визначення загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) ферментативним методом за стандартною біохімічною методикою. Вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) обчислювали за формулою W. T. Friedewald: $\text{ХС ЛПНЩ} = \text{ЗХС} - (\text{ХС ЛПВЩ} + \text{ТГ}/2,22)$, де $\text{ТГ}/2,22$ – це вміст ХС у складі ліпопротеїдів дуже низької щільності ЛПДНЩ. Коефіцієнт атерогенності (КА) обчислювали за формулою А. М. Клімова: $\text{КА} = (\text{ЗХС} - \text{ХС ЛПВЩ})/\text{ХС ЛПВЩ}$.

Результати: аналіз показників ліпідного спектру крові характеризувався наступними змінами: рівень ЗХС у хворих на ІХС та ЦД 2 типу становив $5,57 \pm 1,41$ ммоль/л і був на 11,49 % та 28,04 % вище, ніж у хворих без діабету та контрольної групи; ХС ЛПНЩ – $3,89 \pm 1,39$ ммоль/л і був на 23,90 % та 23,13 % вище, ніж у групі порівняння та контролю; КА становив $3,89 \pm 1,3$ ммоль/л і був на 17,22 % та 25,19 % вище, ніж у групі хворих на ІХС без супутнього ЦД 2 типу та контрольній групі; рівень ХС ЛПВЩ, навпаки, у хворих на ІХС та ЦД 2 типу дорівнював $1,15 \pm 0,18$ ммоль/л і був нижчий за такий на 3,36 % та 7,25 % у групі хворих на ІХС без супутнього ЦД 2 типу та контрольній групі; рівень ТГ дорівнював $1,17 \pm 0,34$ ммоль/л і був на 32,36 % та 96,96 % нижче, ніж у групі порівняння та контрольній групі; ХС ЛПДНЩ дорівнював $0,53 \pm 0,15$ ммоль/л, що нижче зазначеного показника у хворих ІХС без ЦД 2 типу та контрольної групи на 64,63 % та 33,96 % відповідно ($p < 0,05$). При аналізі типів дисліпідемії було встановлено, що у хворих за умов коморбідності ІХС та ЦД 2 типу частіше зустрічалися Па та ІІв типи дисліпідемії (33,33 і 30,67%, відповідно), ($p < 0,05$).

Висновки: коморбідність ішемічної хвороби серця з цукровим діабетом 2 типу підвищує ризик прогресування дисліпідемії та атеросклерозу. Значне підвищення таких показників ліпідного спектру крові як загальний холестерин, тригліцериди, холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності, коефіцієнту атерогенності та зниження холестерину ліпопротеїдів високої щільності, а також переважає наявності Па та ІІв типів дисліпідемії свідчить про більш значні атеросклеротичні зміни у судинах та високий кардіоваскулярний ризик у хворих при наявності супутнього цукрового діабету 2 типу.

ЕНДОСКОПІЯ З РЕЖИМАМИ ЗБІЛЬШЕННЯ І ВУЗЬКОСПЕКТРАЛЬНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ КИШКОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА

Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Гайдар Ю. А., Петішко О. П.

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

Мета: оцінити ефективність ендоскопії з режимами збільшення і вузькоспектральної візуалізації (narrow band imagine, NBI) в діагностиці кишкової метapлазії (КМ) слизової оболонки (СО) шлунка.

Матеріали і методи: ендоскопічне дослідження СО шлунка за допомогою відеоендоскопічної системи Olympus EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія) проведено 80 хворим на атрофічний гастрит (АГ). Проводили огляд в білому світлі та в режимах збільшення і NBI. В усіх випадках отримували цільові та рандомальні біопсії з СО шлунку за Сіднейською системою. Діагностику КМ здійснювали при виявленні в режимі збільшення і NBI плоских, плоско-піднятих і плоско-заглиблених вогнищ, які мали регулярну гребенеподібну або тубуловільозну мікроструктуру, що у більшості випадків супроводжувалось позитивним симптомом LBC (light blue crests). Поширеність КМ вивчали за топографією: антральний відділ, тіло шлунка, мультифокально. При гістологічному дослідженні біоптатів визначали тип КМ (повна, неповна). Проводили співставлення даних ендоскопії в режимах збільшення і NBI з гістологічними дослідженнями.

Результати: у 10 пацієнтів (12,5%) при ендоскопічному дослідженні КМ не виявлено, у 70 пацієнтів (87,5%) діагностовано КМ СО шлунка, що в усіх випадках було підтверджено морфологічно, серед них КМ, обмежена антральним відділом шлунка, виявлена в 25,7% хворих, тільки в тілі шлунка – в 4,3%, мультифокально – в 70,0% випадків. При аналізі частоти ендоскопічних варіантів КМ у обстежених пацієнтів було виявлено, що частіше зустрічався плоско-заглиблений варіант (45,7% випадків), плоско-піднятий – в 25,7%, плоский – в 14,3 %, і змішаний – в 14,3% випадків. При співставленні даних ендоскопії з NBI з результатами гістологічного дослідження не було виявлено залежності ендоскопічних варіантів КМ від типу КМ. При аналізі поширеності КМ в шлунку було визначено, що в антральному відділі КМ переважно розташовується в препілоричній зоні, потім поширюється в проксимальному напрямку в тіло, де спочатку охоплює малу кривизну (т. з. «доріжка Вальдейєра»), потім – передню і задню стінки, і в останню чергу – велику кривизну шлунка.

Висновок: проведення відеоендоскопії з режимами збільшення і NBI дозволяє не тільки з високою вірогідністю діагностувати одну з передракових патологій шлунка – КМ, а й визначати її поширеність, що є суттєвим фактором розвитку раку шлунка кишкового типу в зв'язку з тим, що його розвиток прямо пропорційний поширеності КМ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНИХ І ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Сімонова О. В., Стойкевич М. В.

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

Мета: вивчення ендоскопічної картини слизової оболонки (СО) товстої кишки (ТК) у хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) в залежності від гендерних і вікових особливостей.

Матеріали та методи: ендоскопічне дослідження ТК виконано 83 хворим на НВК, з них 42 жінки і 41 чоловік, 43 – пацієнти молодого віку, 22 – середнього, 18 – похилого.

Результати: при ендоскопічному дослідженні у всіх пацієнтів виявлено типові ознаки захворювання (еритема, стертість судинного рисунка, геморагії, ерозії, виразки, псевдополіпи, контактна кровоточивість) у фазі загострення з різним ступенем активності, що за індексом Мейо в 51,8% випадків відповідали помірному, а в 42,2 % - вираженому ступеням. Більш, ніж у половини пацієнтів (65,1 %) виявлено ураження лівих відділів ТК, субтотальне і тотальне ураження спостерігалось в 26,5 % хворих, ураження тільки прямої кишки – в 8,4 %.

При аналізі ендоскопічних ознак в залежності від статі виявлено, що частота лівобічного ураження товстої кишки була практично однаковою як у жінок, так і у чоловіків. У той час, як частота виразкового проктиту була суттєво більшою серед жінок. Частота основних ендоскопічних ознак виразкового коліту суттєво не відрізнялась, окрім частоти псевдополіпів і стриктур ТК, що мали тенденцію до збільшення у жінок.

Аналіз ендоскопічних ознак обстежених хворих на НВК в залежності від віку виявив, що при практично однаковій частоті кровоточивості СО ТК, у пацієнтів молодого віку суттєво переважала помірна ступінь кровоточивості СО, в порівнянні з хворими середнього віку, де мала місце тенденція до збільшення частоти мінімальної кровоточивості СО. Серед пацієнтів похилого віку виявлено тенденцію до збільшення частоти геморагій СО і суттєве збільшення частоти фібринозного нальоту на СО, в порівнянні з пацієнтами середнього віку.

Висновок: проведення порівняльної характеристики ендоскопічної картини СО ТК у хворих на НВК в залежності від статі і віку дозволило встановити суттєве зростання частоти виразкового проктиту, тенденцію до збільшення частоти псевдополіпів і стриктур ТК у жінок, а у осіб молодого віку – суттєве збільшення ступеня кровоточивості СО, в порівнянні з хворими середнього віку, в той час, як серед пацієнтів похилого віку виявлено тенденцію до збільшення частоти геморагій СО і суттєве збільшення частоти нальоту на СО, в порівнянні з пацієнтами середнього віку. Отримані нами дані потребують врахування в процесі лікування й визначення прогнозу захворювання.

**ОДНОНУКЛЕОТИДНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ Т344С ГЕНУ
АЛЬДОСТЕРОН-СИНТАЗИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ ТА
ГІПЕРТЕНЗИВНИМ СЕРЦЕМ**

**Снігурська І. О., Коваль С. М., Милославський Д. К.,
Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю., Щенявська О. М., Божко В. В.**
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Мета: вивчити однонуклеотидний поліморфізм (ОНП) Т344С гену альдостерон-синтази (АС) CYP11B2 у пацієнтів на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО) та гіпертензивним серцем (ГС).

Матеріали та методи: обстежено 112 пацієнтів на АГ II стадії, 2-3 ступеня з АО 1-2 ступеня (чоловіків-54, жінок-58) у віці 45-69 років. Включені у дослідження хворі на АГ з АО були розподілені на дві підгруп: 60 пацієнтів з наявністю ГС або гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) і 72 хворих без даного ураження серця. Контрольна група – 28 практично здорових осіб відповідного віку і статі. Обсяг обстеження хворих включав загально-клінічні методи, оцінку гемодинамічних параметрів, рівнів ліпідів, глюкози в крові натще та через 2 години після стандартного глюкозо-толерантного тесту, рівнів в крові креатиніну, сечовини, сечової кислоти, альдостерону та генотипування ОНП Т344С гену АС (за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу). Статистична обробка даних проводилася з використанням пакетів SPSS.

Результати: виявлено, що розподіл генотипів ОНП Т344С гена АС серед пацієнтів на АГ з АО достовірно не відрізнявся від такого у практично здорових осіб і в цілому співпадав з даними в європейських популяціях. Встановлена асоціація між ТТ+ТС генотипом гена АС і наявністю ГС у хворих на АГ з АО. Виявлені достовірні прямі кореляції між частотою "гіпертензивного" Т алелю гена АС та тривалістю АГ ($R = 0,35$, $p < 0,05$), а також вираженістю ГС-індексом маси міокарда лівого шлуночка ($R = 0,46$, $p < 0,05$) та розміром лівого передсердя ($R = 0,37$, $p < 0,05$) у даних пацієнтів. Встановлена також асоціація генотипів ОНП Т344С гена АС з показниками ліпідного обміну у хворих на АГ з АО: рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності в сироватці крові у пацієнтів з ТТ генотипом був достовірно вищий, ніж у пацієнтів з ТС генотипом ($p = 0,01$).

Висновки: отримані дані вказують на роль ТТ+ТС генотипів ОНП Т344С гена АС в патогенезі ГС у хворих з АО.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Снігурська І. О., Милославський Д. К., Божко В. В., Мисниченко О. В.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»
м. Харків, Україна*

Мета роботи – вивчити стан ліпідного, вуглеводного, пуринового обмінів та показників неспецифічного запалення у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали та методи: було обстежено 172 хворих на АГ 2-3 ступеня. АО вважали при об'ємі талії >102 см – у чоловіків і > 88 см – у жінок. У крові вимірювали рівні: загальної холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої (ХЛПВЩ), низької (ХЛПНЩ) і дуже низької (ХСЛПДНЩ) щільності; глюкози натще і після проведення перорального глюкозотолерантного тесту (ПГТТ); інсуліну (із визначенням НОМА-ІР); С-реактивного білка (СРБ). Гіперурикемією (ГУЕ) вважали рівні сечової кислоти (СК) >360 мкмоль/л. Хворі були розділені на наступні групи: з наявністю та відсутністю АО; з наявністю ГУЕ і без такої.

Результати: хворі на АГ із АО відрізнялися від хворих на АГ без АО достовірно ($p < 0,05$) більш високими рівнями ТГ, ХЛПНЩ, більш низьким рівнем ХЛПВЩ та вірогідно вищим відсотком порушення толерантності до вуглеводів (ПТВ), $p < 0,05$. Хворі на АГ та ГУЕ відрізнялися від хворих з нормоурикемією достовірно вищими показниками рівнів ТГ і ХЛПДНЩ ($p < 0,05$). Також у хворих на АГ із ГУЕ достовірно вищими виявилися показники глюкози після ПГТТ, рівень інсуліну і індекс НОМА ($p < 0,05$). При поєднанні АГ з АО та ГУЕ відбувалися подальші негативні зміни в метаболічних показниках у вигляді збільшення плазмових рівнів ХС, тригліцеридів і ХЛПНЩ (як в порівнянні з групою хворих на АГ з АО, так і в порівнянні з хворими на АГ з ГУЕ). При поєднанні АГ з АО і ГУЕ відмічене підвищення рівня СРБ до $9,2 \pm 0,7$ мг/л (у хворих на АГ з АО – $3,6 \pm 0,2$ мг/л, $p < 0,05$; у хворих на АГ і ГУЕ – $7,1 \pm 0,3$ мг/мл, $p < 0,05$).

Висновки: у хворих на артеріальну гіпертензію, абдомінальне ожиріння асоціювалося переважно із підвищеним рівнем холестерину ліпопротеїдів низької щільності, зниженням рівню холестерину ліпопротеїдів високої щільності та з порушеннями толерантності до вуглеводів; гіперурикемія – переважно із підвищеним рівнем тригліцеридів та холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності. Поєднання артеріальної гіпертензії з абдомінальним ожирінням та гіперурикемією призводило до подальшого погіршення метаболічних показників, а також відмічалася достовірне зростання плазмового рівню СРБ, що значно підвищує кардіо-васкулярний ризик у даної категорії хворих.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ФАКТОРІВ РИЗИКУ І АСИМПТОМНИХ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Снігурська І. О., Юшко К. О., Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю.

ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,

м. Харків

Мета: вивчити частоту факторів ризику і асимптомних уражень органів-мішеней, які обумовлюють ступінь серцево-судинного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали і методи: до аналізу включено результати обстеження 121 хворого на АГ 2-3 ступеня віком від 37 до 68 років. АО І-ІІ ступенів виявлено у 88 хворих. Вивчали показники вуглеводного та ліпідного обмінів, рівні сечової кислоти крові, показники ремоделювання серця.

Результати: серед хворих на АГ з АО, в порівнянні з хворими без АО, виявлена достовірно ($p < 0,05$) більша частота дисліпідемій (ДЛП) (91 % проти 54 %). У більшості пацієнтів с АО (48 %) була комбінована ДЛП. В структурі ДЛП у хворих на АГ без АО переважала гіперхолестеринемія (у 23% хворих). Початкові порушення вуглеводного обміну (гіперглікемія натще, порушення толерантності до глюкози) діагностовано у 50 % хворих на АГ з АО і тільки у 25 % хворих на АГ без АО. Інсулінорезистентність зустрічалася частіше ($p < 0,05$) у пацієнтів з АГ та АО (у 78 %), ніж у пацієнтів без АО (41%). Гіперурикемія реєструвалася достовірно у більшій кількості хворих на АГ з АО (у 41 %), в порівнянні з хворими без АО (у 27%), $p < 0,05$.

У хворих на АГ з АО виявлено достовірно вищий відсоток прогностично несприятливого типу ремоделювання серця – концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (у 62 % хворих), в порівнянні з пацієнтами без АО (у 36 %), $p < 0,05$. Підвищення пульсового артеріального тиску, як маркера збільшення жорсткості стінки судин, також частіше реєструвалося у хворих на АГ з АО, ніж у хворих без АО (38 % проти 23 %), $p < 0,05$. Серцеву недостатність зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка діагностовано у 51 % хворих на АГ з АО і у 38 % хворих без АО. У переважній більшості хворих на АГ з АО (у 73 % хворих) встановлено високий і дуже високий серцево-судинний ризик, що достовірно перевищувало такий показник у хворих без АО (у 45 % пацієнтів), $p < 0,05$.

Висновок: таким чином, серед хворих на АГ з АО, в порівнянні з хворими без АО, виявлено достовірне підвищення частоти атерогенної дисліпідемії, достовірно більша кількість початкових порушень вуглеводного обміну, гіперурикемії, погіршення структурно-функціональних показників серця і судин (більший відсоток хворих з концентричною гіпертрофією лівого шлуночка та з підвищеною жорсткістю судинної стінки), достовірно більша частота серцевої недостатності. Встановлена висока частота факторів ризику та асимптомних уражень органів-мішеней і обумовлює високий і дуже високий ризик у переважній більшості хворих на АГ з АО.

ФОРМУВАННЯ ДОВІРЧИХ ВІДНОСИН ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА

Солдатенко І. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна

Мета: привернути увагу до актуальності формування довіри у відносинах лікаря та пацієнта та представити основні фактори формування довірчих відносин.

Матеріали і методи: Результати соціологічного дослідження “Думки і погляди населення України щодо охорони здоров’я та інших питань: березень 2019, Київський міжнародний інститут соціології” демонструють, що серед населення скоріше переважають негативні оцінки змін у сфері державних медичних послуг. Впевненість у професіоналізмі й компетентності працівників медичних закладів виразили 51,3 % українців. Але високий показник тих, хто вислов невпевненість – їх 40,9%. Серед причин, які обумовлюють негативне ставлення українців до сфери охорони здоров’я відзначають те, що 1) українці продовжують жити за радянською традицією – відповідальність за власне здоров’я покладають на державу; 2) співвідношення рівня доходів населення і вартості профілактичного огляду та лікування не на користь бажанню звернутися до лікаря; 3) низький рівень довіри населення до лікарів і медичних закладів. Така ситуація потребує як змін державної політики, так і формування *нової культури взаємовідносин лікаря і пацієнта, заснованих на довірі до лікаря та системі охорони здоров’я.*

Довіра може бути результатом досвіду як безпосередньої взаємодії, так і опосередкованого стороннього спостереження. Залежно від їх результатів довіра виникає чи ні, зміцнюється або слабшає. Довіра не є результатом одномоментного впливу – для її утворення потрібен певний час.

Є ряд необхідних умов, які виявляються в комунікації та забезпечують формування довіри: підтримка, розуміння, повага, співчуття. Для того, щоб цей комунікативний досвід призвів до сталих довірчих відносин, лікареві необхідно формувати і підтримувати контакти з пацієнтами, засновані на: порядності, компетентності, чесності, послідовності, відкритості.

Результати: опитуваннями за міжнародною методологією оцінки задоволеності пацієнтом загальної медичної практики EUROPER встановлено, що на задоволеність пацієнтів взаємодією з лікарем найбільше впливає довірна атмосфера, що створює лікар під час спілкування, увага до проблем пацієнта та інтерес до його особистої ситуації.

Висновок: Формування довірчих відносин між пацієнтом і лікарем є результатом поєднання не тільки психологічних прийомів установлення контакту та професійної майстерності лікаря – це постійний процес ПІКЛУВАННЯ про пацієнта. Це стосується не тільки лікаря, а й держави в цілому.

ДИНАМІКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ НА ТЛІ КОМБІНОВАНОГО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Старченко Т. Г., Коваль С. М., Пенькова М. Ю., Рєзнік Л. А.

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

Мета - вивчити стан ліпідного обміну та показники інсулінорезистентності в динаміці комбінованого антигіпертензивного лікування у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та з нормальним вуглеводним обміном.

Матеріали і методи: Було обстежено 32 пацієнта на ГХ з ЦД 2 типу та 32 пацієнта на ГХ без ЦД. В контрольну групу увійшли 14 здорових осіб. Всі хворі отримували олмесартан медоксоміл в добовій дозі 20-30 мг з лерканідіпіном 10-20 мг 1 раз на добу протягом 3х місяців. В якості гіполіпідемічної терапії призначався аторвастатин 20 мг ввечері. Хворим на ГХ з ЦД 2 типу призначалася дієта в поєднанні з метформіном в дозі 1000 мг на добу. Вивчення глюкози натще, ліпідного профілю та інсулінорезистентності проводили до та після обстеження.

Результати: Встановлено, що у хворих на ГХ з ЦД 2 типу спостерігалось зниження рівнів як САТ ($p < 0,05$), так і ДАТ ($p < 0,05$). При цьому цільові рівні АТ були досягнуті наприкінці лікування у 72 % цієї групи. У хворих на ГХ без ЦД рівень АТ також достовірно знизився в порівнянні з вихідними даними ($p < 0,05$). В цій групі пацієнтів цільові рівні АТ вдалося досягти у 82 %. На тлі зазначеної комбінованої терапії у хворих на ГХ з ЦД 2 типу спостерігалось достовірне зниження глюкози натще ($p < 0,05$). Динаміка індексу НОМА (ІР) суттєво покращилась. Так, Індекс НОМА знизився на 32% у порівнянні з вихідними даними ($p < 0,05$). Застосування вказаної комбінованої терапії сприяло поліпшенню показників ліпідного обміну у цих хворих: вірогідно зменшилися рівні загального холестерину ($p < 0,05$), ЛПНЩ та тригліцеридів. Суттєвих змін ЛПВЩ не було виявлено. При ГХ без ЦД вірогідно покращився рівень загального холестерину та ЛПНЩ.

Висновки. Таким чином, у хворих на ГХ з ЦД 2 типу та без нього комбінована 12-тижнева антигіпертензивна терапія (олмесартан з лерканідіпіном) на тлі гіполіпідемічної терапії та антидіабетичного лікування володіла вираженим антигіпертензивним ефектом, суттєво покращувала показники ліпідного обміну. У разі поєднанні ГХ з ЦД 2 типу спостерігалось суттєве зменшення проявів інсулінорезистентності.

ДИНАМІКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА СТАТИНУ

Старченко Т. Г., Пенькова М. Ю., Юшко К. О., Мисниченко О. В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна

Мета: оцінити вплив фіксованої комбінації (ФК) антигіпертензивних препаратів (периндоприлу, індапаміду і амлодипіну) в поєднанні з аторвастатином на стан ліпідного, вуглеводного обмінів, рівень сечової кислоти у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали і методи: обстежено 29 хворих на АГ 2-3 ступеня з АО I-II ступеня. Обстеження включало загально-клінічні, лабораторні та інструментальні методи, в тому числі, оцінку інсулінорезистентності (ІР) за індексом НОМА. Після проведеного обстеження всім хворим призначалася ФК антигіпертензивних засобів: периндоприлу, індапаміду та амлодипіну. ФК призначали одноразово вранці натще з урахуванням рівнів артеріального тиску (АТ) в наступних добових дозах периндоприлу, індапаміду та амлодипіну: 4мг/1,25/5мг; 4мг/1,25/10мг; 8мг/2,5/5мг; 8мг/2,5/10мг. У якості гіполіпідемічного препарату призначався аторвастатин в добовій дозі 20 мг. Медикаментозна терапія хворих проводилась на тлі рекомендацій щодо корекції способу життя та зниження маси тіла.

Результати: виявлена висока антигіпертензивна ефективність апробованої ФК препаратів: 74% хворих досягли цільових рівнів АТ через 6 місяців терапії. Встановлено, що проведена комбінована терапія не тільки приводила до нормалізації АТ у більшості хворих, а й сприяла позитивним змінам ряду метаболічних показників. Перш за все, встановлена позитивна динаміка показників ліпідного обміну: у 48% хворих виявлено досягнення цільових рівнів холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ). Важливим результатом дослідження був встановлений факт відсутності негативного впливу апробованої ФК препаратів в поєднанні з аторвастатином на показники вуглеводного і пуринового обмінів. Через 6 місяців терапії не виявлено підвищення частоти гіперглікемії натще (22% і 20%, $p>0,05$), ІР (72% і 66%, $p>0,05$) та гіперурикемії (29% і 25%, $p>0,05$). Також терапія ФК антигіпертензивних препаратів в поєднанні з аторвастатином не привела до підвищення індексу маси тіла в цілому по групі хворих.

Висновки: ФК периндоприлу, індапаміду та амлодипіну з додаванням середньодозової статинотерапії на тлі рекомендацій щодо корекції способу життя у хворих на АГ з АО дозволяє у більшості пацієнтів досягти цільових рівнів АТ, майже у половини пацієнтів досягти цільових рівнів ХСЛПНЩ і не призводить до негативних змін показників вуглеводного і пуринового обмінів, що дозволяє рекомендувати її тривале застосування у даних хворих.

ВПЛИВ СПІРОНОЛАКТОНУ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНУ ПЕРЕБУДОВУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА РЕЗИСТЕНТНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Стахова А. П., Кондратюк В. Є.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2,
м. Київ, Україна*

Мета: вивчення антигіпертензивної ефективності та структурно-функціональної перебудови серця у хворих із резистентною артеріальною гіпертензією (РАГ) у поєднанні з ревматоїдним артритом (РА) на фоні 12-місячної комбінованої терапії із залученням спіронолактону.

Матеріали та методи: обстежено 60 пацієнтів (середній вік $61,9 \pm 9,1$ років; 84,6% жінок), що відповідають критеріям РАГ, хворих розділено на 2 групи: пацієнтам до базисної антигіпертензивної терапії додавався спіронолактон 25 мг/добу (група 1, $n = 30$), група порівняння – без спіронолактону (група 2, $n = 30$) з 12-місячним спостереженням. Пацієнтам проведено загально-клінічне, лабораторне та доплерехокардіографічне дослідження. Активність РА визначали за показником – індексом активності захворювання (DAS 28-СРБ), який в середньому становив $5,3 \pm 1,0$ ум. од. проти $5,5 \pm 0,9$ ум. од. у осіб 1 та 2 груп порівняння відповідно, що відповідало високій активності РА.

Результати: на тлі терапії з включенням спіронолактону порівняно з лікуванням без нього цільовий рівень артеріального тиску досягнуто у 86,7% проти 30,0% хворих ($p < 0,001$). У групі 1 спостерігається зменшення числа хворих з дилатацією лівого передсердя з 86,7 % до 63,3% ($\chi^2=4,4$, $p=0,037$) та частоти гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) на 10% ($\chi^2=3,9$, $p=0,048$). Після лікування у 1 групі зменшуються частота виявлення ексцентричної ГЛШ з дилатацією ЛШ у 2,2 рази і концентричної ГЛШ із дилатацією ЛШ у 2,5 разів, відзначається зниження індексу маси міокарда ЛШ (на 13,0%, $p < 0,01$) за рахунок зменшення ступеня дилатації ЛШ (на 7,3%, $p < 0,01$) і товщини його стінок ($p < 0,01$). У хворих 1 групи покращується скоротлива здатність ЛШ, як регіонарна, так і глобальна – на 15,5% і 7,9% (обидва $p < 0,01$), частота виявлення діастолічної дисфункції ЛШ зменшується з 83,3% до 40,0% ($\chi^2=11,9$, $p < 0,001$) переважно за рахунок вірогідного зменшення частки аномального розслаблення ЛШ з 60,0% до 36,7%.

Висновки: у хворих старшого віку з РАГ у поєднанні з РА додавання до базисної терапії спіронолактону демонструє підсилення антигіпертензивної ефективності та потужну антигіпертрофічну ефективність, що поєднується з покращанням систоло-діастолічної функції ЛШ.

**ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІОКСИДОНІЯ
ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ
ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАРОДОНТИТОМ**

Стебліна Н. П., Садовенко О. Л., Бязрова В. В., Хицан О. М.

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) професійного генезу є актуальною проблемою сучасної пульмонології. В Україні на ХОЗЛ страждає близько 7% населення. ХОЗЛ характеризується системним запаленням з мікроциркуляторними порушеннями та розвитком гіпоксії, в тому числі тканин пародонту. Поєднання ХОЗЛ та хронічного пародонтиту (ХП) спостерігається у 17,7-28,0% пацієнтів та супроводжується синдромом взаємообтяження, що обумовлює низьку ефективність лікування захворювань. Вогнища інфекції в тканинах пародонта посилюють перебіг хронічного процесу. Хронічний бронхіт, знижуючи імунологічну реактивність організму, сприяє прогресуванню запальних захворювань тканин пародонта. Тому, одним з основних напрямків лікування є корекція імунологічного дисбалансу, що виявляється у таких хворих.

Мета дослідження: оцінка терапевтичної ефективності імуномодулятора азоксимера броміда (поліоксидонія) при ХОЗЛ в поєднанні з хронічним парадонтитом.

Матеріали та методи дослідження: в дослідження включено 38 хворих на ХОЗЛ. Усі хворі надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Стаж праці у більшості хворих (70%) складав від 15 до 25 років. Діагноз ХОЗЛ встановлено відповідно до критеріїв GOLD. При обстеженні працівників поряд з лабораторними дослідженнями проводилось вивчення цитокінів (ІЛ-1 β , ІЛ-4, ФНП- α) імуноферментним методом. Встановлено ХОЗЛ II ступеня у 20 хворих та III ступень тяжкості у 18 хворих. Усім хворим проводили індексну оцінку стану порожнини рота за допомогою індексів запалення, вимір глибини пародонтальних кишень і ступеня рухливості зубів.

Результати: у всіх обстежених хворих були виявлені порушення імунного статусу з активацією прозапальних цитокінів. У хворих III ступень тяжкості ХОЗЛ при поєднанні з ХП середньої важкості є більш виражені порушення в імунній системі, ніж у пацієнтів ХОЗЛ II ступеня з легкою формою пародонтиту. Включення поліоксидонію в комплекс терапевтичних заходів хворим з ХОЗЛ при поєднанні з ХП легкого та середнього ступеня тяжкості підвищує ефективність лікувальних заходів і надає імуномодулюючий ефект з нормалізацією основних показників імуногомеостазу. При госпіталізації хворих з приводу загострення хронічної обструктивної хвороби легень в процесі лікування основного захворювання рекомендується проводити консультацію стоматолога.

ОСОБЛИВОСТІ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇЇ ФІБРОЗНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

Степанов Ю. М., Діденко В. І., Коненко І. С., Татарчук О. М.,
Меланіч С. Л., Петішко О. П.

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

Мета: визначити особливості змін показників вуглеводного обміну та імунного статусу у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) в залежності від стадії фіброзу печінки.

Матеріали і методи: обстежений 101 пацієнт із НАЖХП. Серед обстежених чоловіків було 32 (31,7%), жінок – 69 (68,3%), середній вік склав $(48,4 \pm 2,9)$ роки. Контрольну групу складали 20 практично здорових осіб. Зсувнохвильову еластографію (ЗХЕ) і оцінку коефіцієнта затухання ультразвуку (КЗ УЗ) виконано на апараті Soneus P7 (Україна, Швейцарія). Визначали субпопуляційний склад лімфоцитів за допомогою моноклональних антитіл (CD3, CD19, CD4, CD8, CD16), циркулюючі імунні комплекси (ЦІК), рівень цитокінів та оцінювали інсулінорезистентність.

Результати: за даними ЗХЕ серед обстежених у 52 (51,5%) хворих на НАЖХП діагностовано помірний фіброз, у 13 (12,9%) пацієнтів виявлено виражений фіброз. У 68,3% пацієнтів – знижений відносний вміст CD3+ лімфоцитів. У 59,4% хворих на НАЖХП рівень ЦІК був вірогідно підвищений ($p < 0,05$) відносно рівня контролю. У хворих із вираженим фіброзом встановлено вірогідне підвищення відносного вмісту CD19+ лімфоцитів в 1,6 рази ($p < 0,05$) та в 1,4 рази ($p < 0,05$) в порівнянні із його рівнем в контрольній групі та у хворих із помірним фіброзом, відповідно. Виявлена кореляція між значеннями індексу НОМА-IR з КЗ УЗ ($r = 0,56$, $p < 0,01$). Встановлена асоціація між інсуліном із жорсткістю печінки за даними SWE ($r = 0,42$, $p < 0,05$). Поряд з цим розвиток фіброзної трансформації печінки відбувається на тлі вираженого запалення, про що свідчать встановлені позитивні кореляційні зв'язки показника жорсткості печінки за даними SWE з рівнем ЦІК ($r = 0,56$, $p < 0,01$), вмістом TNF- α ($r = 0,55$, $p < 0,05$) та значенням співвідношення прозапальних та протизапальних цитокінів ($r = 0,50$, $p < 0,05$).

Висновок: у пацієнтів на НАЖХП прогресування фіброзу печінки супроводжується недостатністю клітинної ланки імунітету й підвищенням рівня прозапальних цитокінів. Для хворих на НАЖХП з вираженим фіброзом печінки характерний значний дисбаланс рівня прозапальних та протизапальних цитокінів (TNF- α /IL-10). У хворих на НАЖХП спостерігались значні фіброзні зміни печінки відбуваються на тлі глибокого порушення вуглеводного обміну.

МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ АКТИВНОСТІ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

Степанов Ю. М., Псарьова І. В., Татарчук О. М.,
Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В., Петішко О. П.

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

Мета: оцінити діагностичну цінність біомаркерів в оцінці активності неспецифічного виразкового коліту (НВК).

Матеріали і методи: обстежено 60 хворих на НВК, 31 чоловік та 29 жінок у віці від 21 до 63 років (середній показник склав $(40,28 \pm 1,34)$ років). Діагноз НВК встановлено згідно рекомендацій, розроблених Третім Європейським доказовим Консенсусом з діагностики та лікування виразкового коліту. У 36 (60,0%) пацієнтів за оцінкою комбінованого індексу Mayo діагностовано помірний ступінь загострення НВК, у 24 (40,0%) хворих встановлено тяжкий ступінь активності хвороби. Групу порівняння склали 20 пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СПК). Вміст α -1-антитрипсину (α 1-АТ) в калі, фекальної мієлопероксидази (МРО) визначали імуноферментним методом тест набором фірми «Immundiagnostik» (Germany), за рекомендаціями виробника. Рівень фекального кальпротектину (ФК) визначали імуноферментним методом з використанням тест набору «BUHLMANN» (Switzerland). Імуноферментний аналіз виконували за допомогою імуноферментного аналізатору «StatFax 303 Plus» (США). Дослідження вмісту С-реактивного білку (СРБ) проводили за допомогою гематологічного автоматичного аналізатора «Micro SS-20 Plus» (США).

Результати: у хворих на НВК медіана вмісту фекального α 1-АТ була вірогідно ($p < 0,05$) збільшена до 16,0 (5,0; 44,8) мг/дл відносно групи порівняння - 4,0 (2,4; 12,0) мг/дл. Також встановлено вірогідне ($p < 0,05$) підвищення медіани ФК до 444,7 (346,5; 574,0) мкг/г та фекальної МРО до 5250,0 (2875,0; 15780,0) нг/г ($p < 0,05$). Рівень СРБ у хворих з тяжким ступенем активності захворювання збільшувався у 2 рази ($p < 0,05$), вміст α 1-АТ в калі – у 3 рази ($p < 0,05$) та МРО – у 4,5 рази ($p < 0,05$) порівняно із їх рівнем у пацієнтів з помірним ступенем активності НВК. Проведення ROC-аналізу показало, що найбільшу діагностичну цінність у виявленні тяжкого ступеня активності НВК має такий показник, як фекальна МРО. Порогове значення МРО в калі, за яким можна діагностувати тяжкий ступінь активності НВК, складає понад 6850 нг/г, чутливість та специфічність, відповідно, становлять 92,9% та 76,0%.

Висновок: в якості неінвазивного маркера оцінки ступеня активності НВК бажано застосовувати фекальну мієлопероксидазу, вміст якої понад 6850 нг/г (чутливість 92,9% та специфічність 76,0%) свідчить про тяжкий ступінь хвороби.

НОВИЙ БІОМАРКЕР В ПРОГНОЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST

Стороженко Т. Є., Копиця М. П., Вишневська І. Р.

Державна установа «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків, Україна

При проведенні черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) у пацієнтів з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) може виникнути реперфузійне пошкодження і як наслідок збільшення зони інфаркту, ступеня дисфункції і ремоделювання лівого шлуночка. Реперфузійне пошкодження міокарда може проявлятися ушкодженням судин мікроциркуляторного русла і відсутністю відновлення адекватного кровотоку на рівні тканин – феномен no-reflow. Все більше уваги привертає концепція, що серце діє як секреторний орган. Білки, що виділяються серцем, називаються кардіокінами, і вони відіграють ключову роль у підтримці гомеостазу серця. Можна очікувати, що специфічним маркером реперфузійного пошкодження може стати один із таких білків – інгібуючий фактор міграції макрофагів (MIF).

Мета: вивчити роль циркулюючого MIF в прогнозуванні ефективності реперфузійної терапії у хворих на STEMI.

Матеріали та методи: до дослідження залучено 90 пацієнтів з підтвердженим діагнозом STEMI і TIMI 3. Усім хворим проведено базове обстеження. Рівень MIF визначали у гострий період захворювання до проведення ЧКВ і через 24 години. Для оцінки успішності реперфузії міокарда застосовували: аналіз динаміки резольуції сегменту ST (pST) через 60-120хв після ЧКВ, шкала Myocardial Blush Grade (MBG). Після успішного відновлення кровотоку негативна динаміка pST (<70% від початкової величини) та MBG 0-1 спостерігалася у 16 пацієнтів, а позитивна динаміка (MBG 2-3, pST>70%) – у 36 пацієнтів, хворі розподілені на 2 групи, відповідно.

Результати: пацієнти першої когорти мали більш високу концентрацію MIF у порівнянні з другою групою (5226 ± 2270 пг/мл; 3002 ± 1753 пг/мл; $p=0,0387$). Використовуючи покроковий логістичний регресійний аналіз визначено, що MIF до реваскуляризації, як і жіноча стать, є незалежним предиктором феномену невідновленого кровотоку, який характеризується ступенем MBG 0-1 та pST<70% ($p=0,0368$ та $p=0,0533$, відповідно). ROC-аналіз показав, що рівень MIF більш ніж 3663 пг/мл в перші години STEMI може бути предиктором порушення міокардіальної перфузії (MBG 0-1, pST<70%) після успішної ЧКВ (AUC 0,737; 95% ДІ 0,584-0,857; $p=0,0023$; чутливість=74,1%; специфічність=72,2%).

Висновки: циркулюючі рівні MIF у гострій фазі STEMI можуть бути прогностичними для феномену no-reflow після успішного ЧКВ.

**МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ НЕСПРИЯТЛИВИХ
ТИПІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ У ХВОРИХ
З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ
АДИПОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ**

Табаченко О. С., Єрмак О. С.

*Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології,
імені академіка Л. Т. Малої,
м. Харків, Україна*

Мета дослідження – оцінити предикторні властивості апеліну-12 та обестатину у відношенні структурно-функціональних змін міокарда у хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, а також побудова моделі, що дозволяє прогнозувати розвиток гіпертрофічних типів ремоделювання.

Матеріали і методи дослідження: побудова моделі, що дозволяє прогнозувати розвиток гіпертрофічних типів ремоделювання, а саме КГ або ЕГ, на підставі рівнів апеліну-12 та обестатину з залученням рутинних лабораторних даних пацієнтів (глікемії, параметрів ліпідограми). Вибір точки поділу проводили шляхом побудови ROC (Receiver Operator Characteristic) кривих на площині чутливість – специфічність, використано метод логістичної регресії.

Результати дослідження: після відсівання менш значущих предикторів отримали наступний набір з 4 змінних для пацієнтів з ГХ та ЦД 2 типу: апелін-12, обестатин, загальний холестерин (ЗХ) та ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ). Наявність гіпертрофічних типів ремоделювання (КГ або ЕГ) кодували значенням 1, відсутність як 0. Логістична модель дозволила прогнозувати розвиток серцево-судинних ускладнень з чутливістю 93% і специфічністю 68%. Діагностична ефективність моделі складає 86%. Найбільшу чутливість у прогнозуванні розвитку гіпертрофічних типів ремоделювання мали рівень апеліну-12, обестатину, ЗХ, ЛПНЩ.

Висновки: апелінемія при рівні менше 1,3 нг/мл виявляє прогностичні властивості щодо розвитку гіпертрофії лівого шлуночка у хворих з коморбідністю гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу. Залучення до моделі прогнозу типів ремоделювання лівого шлуночка у хворих з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2 типу концентрацій апеліну-12 та обестатину демонструє високу предикторну інформативність, що може буде використано з метою оцінки перебігу поєднаної патології.

АГРЕСИВНІ І ПРОТЕКТИВНІ ФАКТОРИ ШЛУНКОВОГО СОКУ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗОМ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

Тарабаров С. О., Пролом Н. В., Бабій О. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,

м. Дніпро, Україна

Мета: оцінити агресивні і протективні властивості шлункового соку у хворих зі стенозом пілородуоденальної зони виразкового генезу в залежності від його ступеня.

Матеріали і методи: у відділенні хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за 2014-2019 роки нами проведено вивчення кислотопродукції у 92 пацієнтів з компенсованим та субкомпенсованим стенозом. В залежності від ступеня стенозу хворі були поділені на 2 групи: 1 група – 57 пацієнтів з компенсованим стенозом, 2 група – 35 хворих з субкомпенсованим стенозом. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. В шлунковому вмісті визначали кислотопродукцію (рН), концентрацію пепсину, концентрацію загальних глікопротеїнів (сіалові кислоти, фукоза, гексозаміни).

Результати: порівняльна характеристика компонентів шлункового соку хворих зі стенозом пілородуоденальної зони показала достовірне превалювання факторів агресії над факторами захисту в шлунковому соку пацієнтів з субкомпенсованим стенозом (22,9%). Виснаження функціональних можливостей слизопродукуючого апарату шлунка, про що свідчить зменшення концентрації фукози та гексозамінів, достовірно частіше спостерігалось у пацієнтів з субкомпенсованим стенозом пілородуоденальної зони (22,9%). В результаті виділення трьох варіантів співвідношення факторів агресії та захисту шлункового соку (гіперреактивний, компенсаторний, декомпенсаторний) встановлено, що декомпенсаторний варіант достовірно частіше зустрічався у пацієнтів з субкомпенсованим стенозом пілородуоденальної зони (5,3% проти 22,9%, відповідно), а отже ризик прогресування ступеню стенозу у таких хворих є значно вищим в порівнянні з іншими варіантами співвідношень.

Висновок: виявлені варіанти співвідношень факторів агресії та захисту у пацієнтів зі стенозом дають можливість диференційованого підходу до вибору методу лікування (мініінвазивного ендоскопічного або комбінованого).

ЦИРКУЛЮЮЧІ ІМУННІ КОМПЛЕКСИ ТА ЛІПІДНИЙ МЕТАБОЛІЗМ У ПАЦІЄНТІВ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ

Татарчук О. М., Кленіна І. А., Карачинова В. А.,
Стойкевич М. В., Федорова Н. С.

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

Мета: оцінити рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та стану ліпідного обміну у пацієнтів з віковими та гендерними особливостями перебігу запальних захворювань кишечника (ЗЗК).

Матеріали і методи: проведено обстеження 80 хворих на ЗЗК: 53 – на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 27 – хворобу Крона (ХК). Усі хворі були розділені в залежності від статі (40 чоловіків та 40 жінок) та від віку (молодий вік – 28 хворих з НВК та 17 з ХК; середній вік – 10 з НВК та 5 з ХК, похилий вік – 15 з НВК та 5 з ХК). Контрольну групу склали 20 репрезентативних за віком та статтю осіб. У сироватці крові визначали рівень ЦІК, загальний холестерол (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), коефіцієнт атерогенності (КА).

Результати: значення рівня ЦІК в сироватці крові достовірно перевищували показники норми у жінок хворих на ЗЗК в 1,6 рази ($p < 0,05$), що можна розглядати як показник інтенсивності запалення, залучення до патологічного процесу імунної системи. У жінок хворих на НВК рівень ЦІК достовірно підвищений у 1,6 рази ($p < 0,05$) порівняно з групою контролю. У хворих на ЗЗК рівень ЦІК залежала від віку цих хворих. Його рівень достовірно підвищений в 1,5 рази ($p < 0,05$) та 1,4 рази ($p < 0,05$) у пацієнтів середнього та похилого віку, відповідно, порівняно з групою пацієнтів молодого віку. Встановлено кореляційний зв'язок між рівнем ЦІК та віком ($r = +0,552$; $p = 0,025$). Встановлено порушення ліпідного обміну у жінок з НВК, що виражалось зниженням вмісту ТГ в сироватці крові в 1,7 разів ($p < 0,001$), а у чоловіків з ХК зниження вмісту даного показника відбувалося в 1,5 разів, ($p < 0,05$), порівняно з контрольною групою. У жінок з НВК вірогідно знижувався рівень ЛПДНЩ в сироватці крові в 2 рази ($p < 0,05$), а у чоловіків з ХК – в 1,8 разів ($p < 0,05$) відносно контролю. Визначено вірогідне зниження вмісту ТГ в 1,5 рази ($p < 0,05$) та в 1,6 рази ($p < 0,05$) у пацієнтів молодого віку з НВК та ХК, відповідно, та в 1,6 рази ($p < 0,05$) у пацієнтів середнього віку з ХК. Паралельно спостерігалася виражена тенденція до зниження вмісту ХС у всіх пацієнтів молодого віку з ЗЗК. Визначено вірогідне зниження КА у пацієнтів молодого віку.

Висновок: проведені дослідження дозволили встановити наявність біохімічних змін у хворих на запальні захворювання кишечника з боку ліпідного обміну та вмісту ЦІК, які залежали від віку та статі.

**ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ У ХВОРИХ
ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА ТА
ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ**

**Татарчук О. М., Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Петішко О. П.,
Демешкіна Л. В., Ярош В. М., Бочаров Г. І.**

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

Мета: визначити особливості рівню васкулоендотеліального фактору росту (VEGF) у хворих із передраковими станами шлунка та патологією щитовидної залози (ЩЗ).

Матеріали і методи: обстежено 45 хворих із передраковими станами шлунка, які знаходились на лікуванні у відділі захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки, дієтології і лікувального харчування ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Всі обстежені хворі були розподілені на групи: I групу склали 19 хворих із вузлами ЩЗ, II – 18 хворих із дифузними змінами у ЩЗ; III група представлена 8 пацієнтами без патології ЩЗ. Контрольну групу становили 15 практично здорових осіб. В сироватці крові визначали концентрацію VEGF, інтерлейкіну-8 (ІЛ-8), ІЛ-18 та фактор некрозу пухлини альфа (TNF- α) за допомогою ІФА наборами реактивів фірми «Вектор-БЕСТ», Росія.

Результати: рівень VEGF був вірогідно підвищений у I групі хворих в 4,3 рази ($p < 0,05$) та у II групі хворих в 2,5 рази ($p < 0,05$) порівняно із контрольною групою. У хворих I групи його вміст був вірогідно вище в 1,7 рази ($p < 0,05$) та в 2,9 рази ($p < 0,05$) в порівнянні із рівнем у II та III груп хворих, відповідно. Експресія VEGF посилюється під впливом багатьох проагїогенних факторів росту, а також TNF- α та ІЛ-8. Це підтверджується встановленим прямим вірогідним кореляційним зв'язком між вмістом VEGF та TNF- α ($r = +0,44$, $p < 0,01$), із рівнем ІЛ-8 ($r = +0,319$, $p < 0,05$). Вміст VEGF залежав від віку хворого ($r = +0,32$, $p < 0,05$). Крім того, встановлено позитивний вірогідний зв'язок між рівнем VEGF та ступенем кишкової метаблазії слизової оболонки тіла, антрума та кути шлунка ($r = +0,40$, $p < 0,05$).

Висновок: підвищений рівень прозапальних цитокінів (ІЛ-8 та TNF- α) в крові хворих із вузлами ЩЗ індукує секрецію VEGF, що приводить до надмірної активації макрофагів, підтримки запального процесу та прогресування кишкової метаблазії.

ФАКТОР РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 19 ТА РІВЕНЬ ЖОВЧНИХ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО

Тимошенко Г. Ю., Журавльова Л. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи: дослідити вміст фактору росту фібробластів 19 (ФРФ-19) та жовчних кислот (ЖК) у сироватці крові хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу, який перебігає в поєднанні з хронічним безкам'яним холециститом (ХБХ).

Матеріали та методи: в КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» обстежено 93 хворих на ХБХ, серед яких у 62 випадках він поєднувався з ЦД 2 типу (основна група). Групу порівняння склали 31 пацієнт з ізольованим ХБХ. Склад групи донорів був репрезентативним за кількістю пробандів чоловічої та жіночої статі. Вік хворих коливався в межах 44 до 75 років; тривалість анамнезу з ЦД – від 1 до 19 років. Контрольна група була представлена 20 практично здоровими особами, яка була тотожною дослідженим групам за віком та статтю. Визначення вмісту ЖК у сироватці крові використовували набір реактивів фірми «Dialab» (Австрія). Рівень ФРФ-19 досліджували імуноферментним методом (набір реактивів «[BioVendor](#)», Чеська республіка).

Результати: усім обстеженим хворим було проведено визначення вмісту білку ФРФ-19 та встановлено, що його рівень у пацієнтів з коморбідною патологією був нижче вірогідно, ніж у осіб контрольної групи, та складав $71,49 \pm 4,02$ пг/мл. У хворих з ізольованим ХБХ також було встановлено зниження показника ФРФ-19 проти контролю, однак даний показник перевищував його вміст у пацієнтів з поєднанням ЦД 2 типу та ХБХ та склав $118,36 \pm 8,24$ пг/мл. У хворих за коморбідності ЦД 2 типу та ХБХ сироватковий рівень ЖК був вище в 4,8 разів, ніж у осіб контрольної групи ($p < 0,05$). У групі хворих з ізольованим ХБХ знайдено збільшення ЖК сироватки крові в 2,6 рази проти контролю ($p < 0,05$). Порівняння показників, що вивчаються, у хворих за коморбідності ЦД 2 типу та ХБХ й хворих з ізольованим ХБХ виявило відмінності. Виявлено зростання сироваткової концентрації ЖК на 82% та зниження концентрації ФРФ-19 на 39,6% у сироватці крові хворих з ЦД 2 типу у поєднанні з ХБХ при порівнянні з хворими, що мають ізольований ХБХ ($p < 0,05$).

Висновки: перебіг хронічного безкам'яного холециститу супроводжується зниженням вмісту ФРФ-19 на тлі підвищення синтезу жовчних кислот при зіставленні з контрольною групою. Треба відзначити більш виразні зміни показників при поєднаному перебігу холециститу та цукрового діабету 2 типу, що може бути як результатом запального процесу у міхурі, так і змінами в показниках ліпідного обміну.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

**Титаренко Н. В., Копица Н. П., Суманова И. А.,
Родионова Ю. Р., Кобец А. В., Кутя И. М., Юхновский А. Ю.**
*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков, Украина*

Пациент П., 58 лет, поступил в стационар с типичной болью в грудной клетке при умеренной физической нагрузке и в покое. Боли в груди появились 5 дней назад, повторялись ежедневно, самые сильные и продолжительные (до 30 мин) отмечались в день поступления, АД 160/90 мм рт. ст.

На ЭКГ – синусовый ритм, двухфазный Т в avL, депрессия ST в отведениях V4-V6, низкая R-зубец в отведении V2. Анамнез: артериальная гипертензия, ИБС в анамнезе нет, курение, ИМТ 31,6 кг / м. Анализ тропонина 0,5 нг / мл (верхний предел нормы). GRACE 69 баллов. Проведена эхокардиография со спекл-трекинг эхокардиографией проводилась перед вторым тестом на тропонин – конечно-диастолический объем – 120 мл, конечно-систолический объем – 24 мл, ударный объем – 94 мл, фракция выброса левого желудочка 74%. Камеры сердца не увеличены. Признаков гипертрофии миокарда нет. Глобальная продольная деформация миокарда (GLS) – (-13,08%), значительное снижение сегментарного стрейна в апикально-латеральном сегменте левого желудочка – (- 6%), с постсистолическим укорочением. Кардиологическая бригада приняла решение отправить пациента в Cath Lab. Результаты: Стеноз ствола 40%, стеноз в р. интермедия 90%, стеноз в OM2 50%. Наблюдается аневризматическое расширение проксимальной части LAD с некоторым замедлением кровотока в этой зоне.

Диагноз: острый апикально-латеральный инфаркт миокарда. Проведено стентирование р. Intermedia со стентом с лекарственным покрытием Terumo Ultimaster. Пациент получал рамиприл 5 мг в день, тикагрелор 90 мг два раза в день, аспирин 100 мг в день, бисопролол 5 мг в день, розувастатин 40 мг в день, пантопразол 40 мг в день.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На ЭКГ через 12 дней – синусовый ритм, патологический зубец QS, подъем сегмента ST и отрицательный зубец Т в avL, зубец QS в отведении V2.

Таким образом, в представленной ситуации ОКС эхокардиография с анализом деформации может быть полезна в случаях подозрения на инфаркт миокарда, может выявить наличие инфаркт-связанной артерии и помочь в выборе тактики лечения. В представленной ситуации у пациента также наблюдалось снижение глобального продольного стрейна, несмотря на фракцию выброса левого желудочка в пределах нормы.

**ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ ТА
ЧАСТОТА СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО
РОСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ**

Тітова М. В., Татарчук О. М.

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

Мета: дослідити особливості дисбіозу кишечника та частоти синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) у пацієнтів із хронічними запальними захворюваннями кишечника (ХЗЗК) в залежності від нозології та статі.

Матеріали і методи: проведено обстеження 46 хворих на ХЗЗК віком від 20 до 79 років, у середньому ($47,4 \pm 2,4$) років. Залежно від нозології всі пацієнти були поділені на 2 групи. Першу становили 15 пацієнтів із ХК, другу – 31 хворий на НВК. Серед пацієнтів було 19 жінок та 27 чоловіків. Усім хворим було проведено водневий дихальний тест (ВДТ) для виявлення СНБР та бактеріологічне дослідження калу.

Результати: мікробіологічні дослідження виявили наявність глибоких змін якісного та кількісного складу мікрофлори товстої кишки у 97,8 % хворих на ХЗЗК. У хворих на НВК переважно виявлявся дисбіоз II ступеню (у 48,4 %), тоді як у хворих на ХК II та III ступінь дисбіозу встановлено у однакової кількості осіб – у 33,3 % хворих. Ці зміни були обумовлені зменшенням кількості біфідо- та лактофлори, підвищенням концентрації умовно-патогенних мікроорганізмів та дріжджоподібних грибів. У жінок хворих на НВК було виділено патогенний стафілокок (у 28,6 %) та спостерігалась максимальна частота виявлення грибів роду *Candida*. У чоловіків хворих на ХК була декілька вищою частота виділення гемолітичних біоварів *E. coli* та умовно-патогенних ентеробактерій роду *Klebsiella*. Результати отримані при проведенні ВДТ свідчать про високу частоту СНБР у пацієнтів із ХЗЗК (50%). При аналізі даних виявлено, що СНБР переважно визначався у хворих на НВК (51,6%). За гендерною ознакою в обох нозологічних групах хворих із виявленим СНБР переважали чоловіки.

Висновок: отримані результати свідчать про те, що практично усім хворим на ХЗЗК притаманні зміни мікробіоти кишечника, головним чином, за рахунок різкого зниження чисельності основних симбіонтів товстокишкового мікробіоценозу та зростанням концентрації умовно-патогенної мікрофлори. У ході дослідження спостерігалась тенденція до збільшення частоти розвитку СНБР у пацієнтів чоловічої статі із ХЗЗК. Мікробіологічне дослідження калу та ВДТ є найдоступнішими неінвазивними методами, що дозволяють швидко виявити порушення мікрофлори кишечника.

РОЛЬ КАРДІОТРОФІНУ-1 У РОЗВИТКУ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Ткаченко М. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ: метаболічний синдром (МС) є важливою медико-соціальною проблемою, що за даними ВООЗ є поширеною причиною зниження якості життя серед молодого населення різних країн світу. Однією з патогенетичних ланок МС є інсулінорезистентність (ІР), що призводить до взаємопов'язаних розладів вуглеводного, ліпідного та білкового обмінів. Актуальним питанням на сьогодні є пошук біомаркерів ІР, що дозволять удосконалити ранню діагностику зазначеного стану. Одним з потенційних маркерів ІР розглядається кардіотрофін-1 (КТ-1) – цитокін родини інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), що отримав свою назву завдяки здатності провокувати гіпертрофію міокарду у відповідь на стрес-фактори. У дорослих КТ-1 експресується у багатьох органах і тканинах, а саме у кардіоміоцитах, скелетних м'язах, печінці, нирках та легенях. Більш низький рівень експресії КТ-1 спостерігається у тканинах головного мозку та яєчках, а також у адипоцитах, що дозволяє відносити його до родини адипокінів. Накопичуються дані щодо ролі КТ-1 у регуляції ліпідного та вуглеводного обмінів, тому є актуальним вивчення КТ-1 як потенційного маркера ІР.

Мета: визначити роль КТ-1 у розвитку ІР у хворих на МС.

Матеріали і методи: аналіз 24 англomовних джерел за темою дослідження.

Результати: дані щодо ролі КТ-1 у розвитку ІР виявилися неоднозначними. Moreno-Aliaga M.J. et al. (2011), Rendo-Urteaga T. et al. (2013) у своїх роботах зазначали, що знижений рівень КТ-1 асоціюється з розвитком ожиріння, ІР та гіперхолестеринемії, при чому поява вказаних порушень відбувається як при нормальній, так і при гіпокалорійній дієті. Була показана позитивна кореляція між рівнем КТ-1, чутливістю до інсуліну та масою тіла.

Тим не менш дослідження López-Yoldi M. et al. (2015-2017) вказують на підвищений рівень КТ-1 при ІР, надаючи йому роль маркера порушень вуглеводного обміну та зв'язуючої ланки між ІР, ремоделюванням жирової тканини та підвищеними ризиками кардіоваскулярних подій. Його вплив на секреторну функцію жирової тканини опосередковується через модуляцію експресії інших адипокінів – більшою мірою лептину та резистину.

Висновок: огляд джерел за темою дослідження показав, що роль кардіотрофіну-1 у розвитку порушень вуглеводного обміну у хворих з метаболічним синдромом, а саме інсулінорезистентності, наразі є неоднозначною, а тому потребує подальшого детального вивчення можливості його використання як прогностичного та діагностичного маркера.

**АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ
ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ЗВ'ЯЗОК
З НАКОПИЧЕННЯМ ЖИРОВИХ ВІДКЛАДЕНЬ
ЗА ДАНИМИ БІОІМПЕДАНСОМЕТРІЇ**

Ткаченко О. В., Серік С. А.

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

Мета: оцінити взаємозв'язок антропометричних маркерів ожиріння з накопиченням жирових відкладень за даними біоімпедансометрії у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) і цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи: було обстежено 99 чоловіків з ІХС (стабільна стенокардія напруження II-III функціональний клас) і ЦД 2 типа, середній вік складав $(56,26 \pm 4,12)$ років. З антропометричних показників визначали об'єм талії (ОТ), об'єм стегон (ОС), співвідношення ОТ/ОС і ОТ/ріст. На моніторі складу тіла (модель OMRON BF 511, Японія) методом біоімпедансу вимірювали відсотковий склад жирової маси тіла (ЖМТ%), відсотковий склад м'язової маси тіла (ММТ%) і рівень вісцерального жиру (ВЖ, од.).

Результати: для оцінки залежності антропометричних показників від показників біоімпедансометрії складу тіла, був проведений порівняльний множинний лінійний регресійний аналіз залежності антропометричних показників жирових відкладень у хворих на ІХС та ЦД 2 типу. Всі моделі характеризувались високою достовірністю ($p < 0,001$) з коефіцієнтом детермінації, що пояснює мінливість для ОТ – $R^2 = 0,59555490$, ОС – $R^2 = 0,54779754$, ОТ/ОС – $R^2 = 0,62982991$, ОТ/ріст – $R^2 = 0,85618363$. С ЖМТ були достовірно взаємопов'язані ОТ і ОС: ОТ – негативно (коефіцієнт $b < 0$) ($p = 0,019$), ОС – позитивно (коефіцієнт $b > 0$) ($p = 0,008$). При цьому найбільший вплив ЖМТ чинила на ОТ/ріст, коефіцієнт бета був максимальний (0,131), але вплив не досягав значущості – $p = 0,2667$. З ВЖ були достовірно позитивно зв'язані показники ОТ/ОС ($p = 0,008$) і ОТ/ріст ($p = 0,018$). При цьому найбільший вплив ВЖ чинив на ОТ/ОС, коефіцієнт бета був максимальним (0,440). Для співвідношення ОТ/ріст коефіцієнт бета був декілька меншим – 0,310. З ОТ і ОС зв'язок ВЖ не досягав достовірних значень. Максимальний відсоток мінливості, яка пояснювалась впливом жирової маси тіла, був зазначений у залежної змінної ОТ/ріст – 85%, тоді як для ОТ/ОС відсоток мінливості складав 62%.

Висновок: отримані результати свідчать про достовірний вплив накопичення ВЖ на співвідношення ОТ/ОС і ОТ/ріст, тоді як ОТ і ОС достовірно залежали тільки від загальної ЖМТ.

ПРИМЕНЕНИЯ СИРОПА ПЕКТОЛВАН Ц В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Токарева А. Ю., Крахмалова Е. О.

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

Вступление: специфическая фармакотерапия хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ) помогает предотвратить и контролировать симптомы, уменьшить частоту и тяжесть обострений, улучшить состояние здоровья и улучшить переносимость физической нагрузки. Одним из звеньев патогенеза ХОЗЛ является нарушение дренажной функции легких, что связано, с избыточным образованием и повышением вязкости бронхиального секрета, а также ухудшением его эвакуации. В связи с этим при лечении больных ХОЗЛ необходимо также использовать препараты, улучшающие или облегчающие отделение измененного бронхиального секрета, предотвращающие мукостаз – муколитики.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность применения сиропа **Пектолван Ц** в комплексном лечении пациентов с ХОЗЛ.

Материалы и методы исследования: все пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 (30 человек) – получали сироп **Пектолван Ц** (амброксол+карбоцистеин) по 10мл 3 раза в день перорально и продолжали применять базисную терапию ХОЗЛ; группа 2 (12 человек) – не получали сироп **Пектолван Ц** (амброксол+карбоцистеин), продолжали применять только базисную терапию ХОЗЛ. Продолжительность терапии 3 месяца.

Результаты: назначение сиропа **Пектолван Ц** (амброксол+карбоцистеин) пациентам с ХОЗЛ в дополнение к основной базисной терапии имело ряд преимуществ: происходило уменьшение выраженности основных симптомов ХОЗЛ (кашля, выделения мокроты, хрипов при дыхании, одышки), уменьшалось количество обострений, улучшились показатели бронхиальной проходимости, снизилась потребность в скорпомощной терапии

Выводы: сироп **Пектолван Ц** является эффективным и безопасным препаратом и может быть рекомендован как дополнительный препарат для базисной терапии ХОЗЛ.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОРМОТЕРОЛА И ФЛЮТИКАЗОНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БЛЕЗНИ СЕРДЦА

Токарева А. Ю., Крахмалова Е. О., Кулешова Е. М.

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

Вступление: основными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются ингаляционные кортикостероиды (ИКС) и длительно действующие β 2-агонисты (ДДБА). Однако на сегодняшний день многочисленные проведенные исследования позволяют предположить повышенный риск развития инфаркта миокарда и нарушений ритма у больных, принимающих β 2-агонисты. Таким образом, у больных с коморбидностью БА и ИБС не всегда можно использовать длительно действующие В2-агонисты (ДДБА), а монотерапия ИКС не всегда позволяет достичь контроля над БА. В свою очередь, неконтролируемая БА приводит к усугублению течения ИБС и ГБ.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность применения формотерола и флутитиказона пропионата на клиническую симптоматику БА и показатели внутрисердечной гемодинамики у пациентов с коморбидностью БА и ИБС.

Материалы и методы исследования: в исследовании принимали участие 72 пациента: 34 мужчины и 38 женщин в возрасте от 39 до 72 лет. В зависимости от исходной дозы ИКС, которую принимали пациенты, им был назначен Флутиксон в дозе 125 мкг 2 раза в сутки и Зафирон 12 мкг 2 раза в сутки (группа А, 25 человек) или Флутиксон 250 мкг 2 раза в сутки и Зафирон 12 мкг 2 раза в сутки (группа В, 57 человек). В качестве скоропомощной терапии пациентам был так же рекомендован Зафирон 12 мкг. Продолжительность терапии 3 месяца.

Результаты: применение формотерола и флютиказона пропионата способствовало достоверному: улучшению контроля симптомов БА, уменьшению потребности в скоропомощной терапии, улучшению бронхиальной проходимости, повышению качества жизни. Вышеуказанные препараты также показали высокую кардиобезопасность в виде: отсутствия клинически значимого влияния на интервал QT, отсутствия клинически значимого влияния на сократительную способность миокарда, инотропную функцию сердца, фракцию выброса левого желудочка.

Выводы: формотерол и флутиказона пропионат можно рекомендовать пациентам с бронхиальной астмой в сочетании с ИБС как эффективные и безопасные препараты для базисной терапии БА, а также использование формотерола в качестве препарата для облегчения симптомов бронхиальной астмы.

**ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ТА СЕРЦЕВОЇ
ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК**

Топчій І. І., Семенових П. С., Циганков О. І.,

Кірієнко О. М., Грідасова Л. М.

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

Мета: аналіз показників ремоделювання серця та серцевої гемодинаміки у хворих на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (ЦД) 2 типу в залежності від функціонального стану нирок.

Матеріали та методи: обстежено 68 хворих на гіпертонічну хворобу і ЦД 2 типу, середнім віком $52 \pm 7,5$ років та 20 практично здорових осіб контрольної групи. Хворі в залежності від функції нирок були розподілені на 3 групи: I група – хворі на ЦД 2 типу без ознак нефропатії ($n = 25$), II група – хворі на ЦД 2 типу з нормальною швидкістю клуб очкової фільтрації (ШКФ) та альбумінурією ($n=23$), III група – хворі на ЦД 2 типу зі зниженою ШКФ та альбумінурією ($n=20$).

Ультразвукове дослідження серця проводили на апараті «ULTIMA RA» («Radmir», Україна), по стандартній методиці за рекомендацій Американського ехокардіографічного товариства. Наявність гіпертрофії лівого шлуночку (ГЛШ) встановлювали згідно рекомендаціям Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства гіпертензії (2018 р.).

Результати: у хворих II та III групи виявлене вірогідне ($p < 0,05$) збільшення товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП ЛШ) та товщини задньої стінки (ТЗСЛШ) у порівнянні з контролем та хворими I групи (без ознак нефропатії). Відмічена тенденція до зниження ФВ у хворих II групи у порівнянні з контролем, та тенденція до збільшення ФВ у хворих I групи у порівнянні з II групою. В III групі статистичний аналіз виявив вірогідне ($p < 0,01$) зменшення ФВ в порівнянні з контролем. Крім того виявлено вірогідне ($p < 0,01$) збільшення кінцевого систолічного та кінцевого діастолічного об'єму (КДО та КСО) у хворих I та II груп в порівнянні з контролем. ГЛШ було виявлено у 91,3 % пацієнтів 2 групи і у всіх пацієнтів (100 %) третьої групи. У той же час в групі хворих на ЦД 2 типу без ознак нефропатії ГЛШ мала місце лише в 68 % обстежених. Згідно отриманих даних, частота ГЛШ у хворих на ДН зростає при збільшенні тривалості ЦД та артеріальної гіпертензії.

Висновки: у хворих на ЦД 2 типу при прогресуванні ДН та зниженні ШКФ виявляється вірогідне ($p < 0,05$) збільшення лінійних розмірів серця завдяки зростанню ТМП ЛШ та ТЗС ЛШ у порівнянні з контролем та визначається зростання ГЛШ ($p < 0,05$) як ознака структурно-гемодинамічних порушень у пацієнтів відповідних груп.

ПІЗНЯ ПНЕВМОНІЯ У ДИФДІАГНОСТИЦІ КОРУ ТА ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

**Торяник І. І., Калініченко С. В., Мелентьєва Х. В., Мінухіна Д. В.,
Буряченко С. В., Попова Л. О., Журавель І. О.**

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН»,
Харків, Україна*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна
Харківська медична академія післядипломної освіти, м/ Харків, Україна*

Пізня пневмонія відноситься до числа тих ускладнень корової інфекції, які пов'язані із елективними до вірусу органами і системами (зокрема, дихальною, шлунково-кишковим трактом). Ускладнення називають головною причиною летальних вироків, що відбуваються у наслідок тяжких форм даного захворювання. Ураження дихального тракту вважають ускладненням навіть тоді, коли відбувається усунення висипів або після проходження останніх хвороба виникає вдруге. Особливу небезпеку ускладнення у разі кору становлять для новонароджених або ослаблених дітей, дорослих, що у дитинстві не перенесли кір та не є прищепленими, хоча відносяться до контингенту ризику.

Дебют пізньої пневмонії відбувається доволі неждано, на тлі оживлення характерних висипів, виразної гіпертермії або стійкої температури, що не піддається усуненню, задухи. Для захворювання також є характерними неослабний, сильний, задушливий кашель, слабкість, в'ялість. Локальні зміни розвиваються торпідно, приховано, непомітним чином. Подальший перебіг клінічно нагадує інші вторинні маловогнищеві пневмонії. У хворих діагностують виразну апатію, послаблення рефлексів, підвищення м'язового тону (у дітей виразний ціаноз). Згодом до пневмонії при кору приєднуються абсцеси легень, гнійний бронхіт, бронхоектази, плеврити, емпієми, піопневмоторакс, навіть підшкірна емфізема. Частими стають хронічні пневмонії.

Актуальним для проведення ефективної дифдіагностики є продромальний період, коли залишається можливість щодо помилок на користь респіраторних інфекцій. З огляду на це, застосовують дані епіданамнезу, об'єктивного огляду та спостережень лікаря-інфекціоніста (зокрема, наявність симптому Бельського-Філатова-Коплика, що робить діагноз кору безсумнівним). У разі відсутності характерних симптомів та свідчень на користь контактів із особами, зараженими на корову інфекцію диференціацію необхідно здійснювати із червінкою, сироватковою хворобою, медикаментозними, септичними висипами, меншою мірою, - черевним тифом (коли мова йдеться про дорослих пацієнтів). Важливим фактом також є орієнтація на роль анамнестичних, епідеміологічних даних, з огляду на появу широкого спектру атипічних форм кору та інших гострих вірусних інфекцій, рикетсіозів (лихоманки).

МОРФОЛОГІЧНА КАРТИНА ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ. УСКЛАДНЕННЯ. ХВОРОБИ - СУПУТНИКИ

**Торяник І. І., Казмірчук В. В., Ольховський В. О., Іваннік В. Ю.,
Похил С. І., Прохоренко В. Л., Труфанов О. В.**

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН»,
м. Харків, Україна*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Київський медичний університет, м. Київ, Україна*

Інфекційний або септичний затяжний підгострий ендокардит традиційно вважають самостійною окремою формою сепсису. Найбільш уразливим контингентом залишаються особи середнього (працездатного віку). Люди похилого віку, діти хворіють на септичні ендокардити доволі не часто. Найчастішим збудником хвороби є стрептококи. У патогенезі ендокардитів провідна роль до сьогодні належить імунним комплексам. За спостереженнями фахівців, захворювання має перебіг, що супроводжується різним ступенем серцевої недостатності. Бактеріальні ушкодження здатні до появи як на неушкоджених клапанах серця (аортальні, мітральні), так і на подразненому біологічному субстраті (результат розвитку ревматоїдного артриту, вад серця).

Матеріалом дослідження були шматочки серця пацієнтів з септичним ендокардитом у віці від 26 до 61 року чоловічої статі. Мікроскопічне дослідження проводили стандартно. Біологічний матеріал промивали у проточній воді, фіксували, постфіксували, зневоднювали, заливали у смоли. Із отриманих блоків виготовляли зрізи, що забарвлювали гематоксиліном та еозином. Аналіз проводили у світлооптичному мікроскопі (x100; x 200). Результати порівнювали з контрольними спостереженнями (клінічно здорові особи, що загинули у разі автотрощ).

Мікроскопічне дослідження препаратів із серій контрольних спостережень продемонстрували відсутність патогномонічних змін та структурну відповідність параметрам норми. У зразках клінічної групи встановлено, що найбільш типовим морфологічним проявом септичного ендокардиту були характерні виразкові ушкодження з колоніями бактерій без нейтрофільної реакції, що розташовувались розрізнено, невеликими за розмірами локаціями. Фінал тяжкої форми поліпозно-виразкового ендокардиту позначався вадами з розвитком деструкцій елементів клапану (-нів). Зазначену форму серцево – судинної патології, як правило, супроводжував міокардит, що супроводжувався ознаками патології нирок, печінки, транзитних судин (на кшталт: мезангіопроліферативного гломерулонефриту, генералізованого васкуліту, гепатиту). Патогенетичну картину логічно доповнювали тромбоемболічні ускладнення, пов'язані із формуванням як венозних, так і артеріальних тромбів. Останні провокували розвиток інфарктів головного мозку, подекуди селезінки, легень.

НОВА ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Гріднєв О. Є., Чернова В. М.,
Соломенцева Т. А., Нікіфорова Я. В., Курінна О. Г., Черелюк Н. І.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Дотепер не розроблені стандарти лікування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), особливо при її коморбідності з іншими метаболічними захворюваннями.

Мета: розробити нову технологію лікування НАЖХП на тлі метаболічного синдрому (МС) з урахуванням активності системного запалення.

Матеріали та методи: обстежено 96 хворих на НАЖХП з МС. Середній вік обстежених хворих НАЖХП склав ($56,33 \pm 10,2$) років. Усі пацієнти рандомізовані на дві групи методом випадкової вибірки. І група - 48 пацієнтів, які на фоні стандартної немедикаментозної терапії додатково отримували схізандрин по 1 таблетці 3 рази на день, протягом 3 місяців, II група - 48 пацієнтів, які отримували лише немедикаментозну терапію.

Результати: в динаміці лікування схізандрином в I групі концентрація СРБ зменшилася з 3,18 мг/мл до 1,92 мг/мл, що мало вірогідне значення, в той час як в II групі цей показник знизився з 3,32 мг/мл до 2,78 мг/мл, що носило характер тенденції. Дослідження динаміки вмісту ФНП- α під впливом лікування показали, що досягнуте вірогідне зниження цього показника в основній групі з 7,72 пг/мл до 3,28 пг/мл ($p < 0,05$), в той час як під впливом немедикаментозної терапії не спостерігалось позитивної динаміки цього показника. Досягнуто суттєве зниження рівнів цитокератину-18 в групі хворих з НАЖХП, що приймали розроблену терапію з 237,1 Од/л до 51,5 Од/л, в той час як в групі порівняння зниження цитокератину мало характер тенденції. При детальному аналізі показників в даній групі у 30 % хворих навіть спостерігалось підвищення рівня цитокератину, що ймовірно було пов'язано з відсутністю дотримання комплаєнсу хворими щодо рекомендацій стосовно режиму навантажень та дієтичного харчування. На фоні покращення показників прозапальних маркерів в групі, що отримувала розроблену терапію, спостерігалось зниження ступеня стеатозу печінки.

Висновки: нова технологія лікування хворих НАЖХП на тлі МС довела позитивний вплив на клінічний перебіг захворювання, пригнічення хронічного запалення, зменшення ступеня жирової інфільтрації печінки та прогресування захворювання.

ЦИТОКЕРАТИН-18 ТА ЙОГО РОЛЬ В РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А.,
Нікіфорова Я. В., Курінна О. Г., Шуть І. В., Гальчінська В. Ю.

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

В останні роки ведеться пошук нових малоінвазивних біомаркерів стеатогепатиту. Багатьма дослідниками вважається що цитокератин-18 (ЦК-18) є багатообіцяючим неінвазивним маркером неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Він являє собою основний білок гепатоцитів; що утворюється внаслідок апоптозу гепатоцитів, тобто є ознакою руйнування клітин печінки і прогресування НАЖХП. Зважаючи на високу актуальність та суперечливі дані щодо ролі ЦК-18 в розвитку стеатогепатиту у хворих з НАЖХП на тлі метаболічних порушень, метою даного дослідження є визначення рівнів ЦК -18 в крові у цих хворих та оцінка взаємозв'язку даного показника з маркерами запалення.

Матеріали та методи: рівень ЦК-18 було проаналізовано у 84 обстежених хворих на НАЖХП на тлі МС. Групу контролю склали 30 практично здорових осіб. Концентрацію цитокератину-18 в крові визначали імуноферментним методом з використанням набору реагентів виробництва «IDL Biotech» (Швеція). Вимірювання оптичної щільності проводили на імуноферментному аналізаторі «Immunoschem-2100».

Результати: показали, що рівні ЦК-18 у обстежених хворих НАЖХП на тлі МС склали 56,1 [31,5; 115,3] Од/л, що достовірно перевищувало даний показник в контрольній групі 27,5 [16,3; 62,2] Од/л. В подальшому було проаналізовано рівні ЦК-18 в залежності від кількості компонентів МС. У поліморбідних пацієнтів спостерігалася більш високі показники ЦК-18. Достовірні відмінності концентрації ЦК-18 були отримані у хворих з двома і більше компонентами МС у порівнянні з пацієнтами НАЖХП без метаболічних порушень.

При аналізі взаємовідносин між ЦК-18 та цитолітичними ферментами та системними маркерами запалення в сироватці крові у обстежених хворих був виявлений помірний прямий кореляційний зв'язок між активністю АЛТ, гама-ГГТ, СРБ та сильна пряма кореляційна залежність з рівнем ФНП-альфа.

Висновки: отримані дані підтверджують що ЦК-18 відіграє суттєву роль в розвитку запального процесу в тканині печінки, та може виступати в якості неінвазивного маркеру НАСГ.

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Фадєєнко Г. Д., Несен А. О.

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

Лікувально-профілактична спрямованість сучасної наукової й практичної медицини обумовлює специфічний підхід до проблеми коморбідності (мультиморбідності) хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ). Дуже вагомі фінансові витрати, які пов'язані з мультиморбідністю (кардіометаболічні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання нирок та легень, гастроентерологічні та онкологічні захворювання, та ін.) стають значним тягарем як особисто для хворого і його родини, так і для соціально-економічного сектору будь-якої країни (інвалідність, втрата працездатності, передчасна смерть).

Мета: вдосконалення менеджменту у сфері профілактики та лікування хронічних неінфекційних захворювань з урахуванням коморбідності (мультиморбідності).

Матеріали і методи: науково-інформаційні, клініко-діагностичні, статистичні методи дослідження.

Результати: формальні фактори ризику НІЗ розподіляються за класами: середовищні (забрудненість ґрунтів, води, повітря, тощо); соціально-економічні (глобалізація; урбанізація; воєнні конфлікти; старіння населення; рівень доходів; освіта, тощо); професійні (канцерогени, пил, вібрація, шум, тощо); кардіометаболічні (підвищений артеріальний тиск та рівень глюкози, надлишкова маса тіла, зниження швидкості клубочкової фільтрації, дисліпідемія, інсульт, інфаркт міокарду, серцева та ниркова недостатність, тощо); поведінкові (куріння, нераціональне харчування, низька фізична активність, зловживання алкоголем, тощо). Якщо зосередитися тільки на медичних аспектах, то найбільшій модифікації підлягають кардіометаболічні та поведінкові фактори ризику. Менеджмент у сфері профілактики та лікування НІЗ потребує найскорішого суттєвого вдосконалення, особливо з урахуванням хронізації та коморбідності (мультиморбідності), подальшого погіршення демографічної ситуації (негативна диспропорція показників смертності й народжуваності) та старіння нації.

Висновок: соціально-економічні втрати від хронічних неінфекційних захворювань й мультиморбідності (особливо, кардіоренальної) чинять масштабний негативний вплив на економіку країни, що потребує негайного вирішення цієї складної проблеми. Удосконалення менеджменту мультиморбідністю НІЗ може відбуватися за рахунок максимальної модифікації факторів ризику. Всі аспекти повинні розглядатися в контексті входження країн до міжнародного безпекового середовища й загальнолюдських інтересів.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ ТА ВІСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ НА ТЛІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ КОРЕКЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.

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

Мета: вивчити динаміку показників стеатозу та вісцерального ожиріння (ВО) на тлі диференційної корекції харчової поведінки (ХП).

Матеріали та методи: обстежено 82 хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) з вісцеральним ожирінням середнім віком – $(52,0 \pm 0,8)$ років. Усі пацієнти були обстежені згідно діючого Наказу МОЗ з додатковим дослідженням ХП, фактичного харчування (ФХ) та нутрігенетичних особливостей. Діагностику стеатозу печінки (визначення рентгенологічної щільності печінки) та вісцерального ожиріння (визначення площини вісцеральної жирової тканини (ВЖТ), підшкірної жирової тканини (ПЖТ), сагітальний діаметр тулуба (СДТ)) проводили за допомогою комп'ютерної томографії (КТ) органів черевної порожнини (ОЧП) за допомогою комп'ютерного томографа HiSpeed CT/e Dual General Electric (США). Хворих було розподілено за дві реципрокні групи: 1 гр. – 42 осіб, 2 гр. – 40 осіб. Усі пацієнти отримували лікування згідно діючого наказу МОЗ. 1 група додатково отримувала індивідуальну корекцію виявлених порушень ХП. Контрольні обстеження проводилися через 12 місяців лікування.

Результати: усі обстежені пацієнти мали стеатоз печінки та вісцеральне ожиріння. На тлі диференційного підходу до корекції харчової поведінки через 12 місяців лікування у хворих 1 групи визначалось вірогідне покращення показників рентгенологічної щільності печінки з $(38,0 \pm 4,0)$ НУ до $(58,4 \pm 9,1)$ НУ ($p < 0,05$), зниження площини ВЖТ з $(186,9 \pm 4,1)$ см² до $(88,6 \pm 1,2)$ см² ($p < 0,001$), зниження коефіцієнту ВЖТ/ПЖТ з $(1,1 \pm 0,1)$ ум. од. до $(0,4 \pm 0,0)$ ум. од. ($p < 0,001$), СДТ з $(27,4 \pm 1,5)$ см до $(20,6 \pm 0,5)$ см ($p < 0,001$). У хворих 2 групи значимої позитивної динаміки КТ-ознак стеатозу та ВО (до та після призначеної терапії) виявлено не було (рентгенологічна щільність печінки склала $(39,0 \pm 4,1)$ НУ та $(42,1 \pm 3,9)$ НУ, площа ВЖТ з $(188,9 \pm 3,2)$ см² та $(186,9 \pm 3,2)$ см², ВЖТ/ПЖТ $(1,1 \pm 0,1)$ ум. од. та $(0,9 \pm 0,1)$ ум. од., СДТ $(27,2 \pm 1,7)$ см та $(26,8 \pm 0,8)$ см, відповідно).

Висновки: призначення диференційної корекції ХП дозволяє вірогідно покращити динаміку показників рентгенологічної щільності печінки та кількісних характеристик ВО, що впливають на ризики прогресування захворювання та розвитку ускладнень.

**СТАН КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ
ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ НА ТЛІ АСОЦІЙОВАНИХ
З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Фадєєнко Г. Д., Черелюк Н. І., Гальчінська В. Ю.

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

Згідно з сучасним уявленням неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) розглядають як «ураження печінки у рамках метаболічного синдрому (МС)». В останні роки з'явилися переконливі дані про тісний взаємозв'язок асоційованих з МС захворювань та кишковою мікробіотою (КМ).

Мета роботи: проаналізувати стан КМ на рівні основних філотипів у пацієнтів з ізольованою НАЖХП та в залежності від наявності асоційованих з МС захворювань.

Матеріали та методи: обстежено 120 хворих на НАЖХП (55 чоловіків (45,8 %), 64 жінки (54,2 %)) у віці від 28 до 65 (медіана – 47) років. У всіх обстежених пацієнтів діагноз НАЖХП встановлювали за стандартними методиками. Вивчення складу КМ на рівні основних філотипів проводилось шляхом вимірювання у фекальному вмісті відносної кількості філотипів *Bacteroidetes* (*B*), *Firmicutes* (*F*) і *Actinobacteria* (*A*) методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу з розрахунком співвідношення *F/B*. Статистична обробка проводилася за допомогою пакета Statistica 13.1. Дані наведені у вигляді $Me [LQ; UQ]$, де Me – медіана, LQ і UQ – нижній і верхній квартилі, відповідно.

Результати: хворі на НАЖХП мали одно або декілька асоційованих з МС супутніх захворювань: ожиріння (ОЖ) ($n = 67$), гіпертонічну хворобу (ГХ) ($n = 33$) та цукровий діабет 2 типу (ЦД2) ($n = 20$), майже 70 % хворих з НАЖХП мали інсулінорезистентність (ІР). При коморбідному перебігу НАЖХП+ОЖ+ІР відзначалося відносне збільшення вмісту *F* – 54,12 [44,38; 69,39] % та зростання індексу *F/B* – 5,27 [3,89; 11,69], при цьому відносна кількість *B* достовірно знижувалась 10,26 [6,45; 15,07] %. Схожа картина мікробного пейзажу відмічалась і при НАЖХП та ІР: *F* – 53,01 [41,98; 67,18] %, індекс *F/B* – 4,23 [2,59; 9,81], *B* – 12,52 [9,19; 17,97] %. У хворих при коморбідному НАЖХП+ОЖ+ЦД2 та НАЖХП+ОЖ+ГХ було виявлено достатньо високе значення індексу *F/B* – 3,08 [1,87; 7,49] та 2,7 [1,34; 6,27], відповідно, тоді як при коморбідному перебігу НАЖХП+ГХ+ЦД2 відзначався дещо нижчий показник співвідношення *F/B* – 2,3 [1,05; 7,32]. Відносна кількість *A* була майже однаковою в усіх представлених групах 4,83 [2,56; 9] %, 5,57 [3,01; 9,86] %, 5 [2,87; 9,14] %, 4,35 [2,78; 8,17] %, 4,91 [3,0; 9,1] % та 5,09 [3,67; 9,49] %, відповідно.

Висновок: при дослідженні КМ у пацієнтів з НАЖХП найбільш вагомі зміни за рахунок збільшення співвідношення *F/B* виявлені при коморбідному перебігу ОЖ та ІР. Дана тенденція спостерігалась при вивченні всіх коморбідних комбінацій.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Хомазюк В. А., Шевчук С. Г.

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

У попередніх дослідженнях показано, що існує зворотний тісний зв'язок між пороговою потужністю, обсягом виконаного фізичного навантаження (ФН) при велоергометрії та базальним, середньодобовим артеріальним тиском (АТ).

Мета: визначити можливості відновлення зниженої толерантності до ФН у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) без ознак серцевої недостатності і систолічної дисфункції під впливом фіксованих комбінацій інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) і діуретика.

Матеріали і методи: у дослідження включені 88 хворих з м'якою та помірною ГХ, середній вік $56,6 \pm 2,02$ років, фракція викиду лівого шлуночка серця – $58,8 \pm 3,2$ %. З них 46 хворих приймали комбінацію еналаприлу малеат 20 мг/гідрохлоротіазид 12,5 мг в одній таблетці, 42 хворих – периндоприлу аргінін 5 мг/індапамід 1,25 мг. На старті дослідження, через 4 тижні і 12 місяців враховували результати вимірювання офісного АТ, добового моніторування АТ, ехокардіографії, велоергометрії.

Результати: вихідна порогова потужність, загальний обсяг виконаної роботи, час ФН були достовірно знижені і не перевищували 70% по відношенню до належного рівня. Основним фактором, який лімітував виконання ФН у хворих на ГХ, було підвищення АТ до критичного рівня. За даними добового моніторування АТ, обидві комбінації забезпечували порівнянний антигіпертензивний ефект за більшістю показників, однак для комбінації периндоприлу аргінін/індапамід встановлено більш виражену дію в нічний час і відновлення добового індексу. Під впливом антигіпертензивної терапії протягом року зросла порогова потужність ФН до $124 \pm 5,1$ Вт у групі еналаприлу малеат/гідрохлоротіазид та $127 \pm 4,7$ Вт у групі периндоприлу аргінін/індапамід ($p < 0,05$). Загальний обсяг виконаної роботи збільшився до $56,2 \pm 4,9$ кДж і $57,2 \pm 4,7$ кДж відповідно. Відзначено також поліпшення якості життя і фізичної активності пацієнтів. Достовірних відмінностей цих показників між двома групами не встановлено. Впродовж періоду спостереження в обох групах зберігалась досить висока прихильність до лікування.

Висновок: використання фіксованих комбінацій ІАПФ і діуретика поряд з надійним антигіпертензивним ефектом збільшує порогову потужність, обсяг і час виконуваного ФН у хворих на ГХ зі зниженою толерантністю до ФН і покращує їх якість життя. Очікується, що раннє призначення фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів потенційно може бути ефективним для запобігання зниженню толерантності до ФН у хворих на м'яку та помірну ГХ.

ДІАГНОСТИЧНА ІНФОРМАТИВНІСТЬ ТКАНИННОЇ ІМПУЛЬСНОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ ТА СПЕКЛ-ТРЕКІНГ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Хомич А. В., Чубукова В. М., *Романенко С. В., Авакумова О. М.

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

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

Мета: вивчення показників систолічної функції міокарду лівого шлуночка (ЛШ) у хворих з хронічним коронарним синдромом (ХКС) за допомогою тканинної імпульсної доплерографії (ТІД) та спекл-трекінг ехокардіографії (СТЕ) в залежності від характеру ураження коронарних артерій (КА).

Матеріали і методи: 50 хворим, вік 36-81 років, середній $63,9 \pm 9,4$ років, з ХКС, без застійної серцевої недостатності та фібриляції передсердь, проведені коронароангіографія (КАГ), ТІД із визначенням середньої швидкості систолічного скорочення ($Sm\ mean$) 12 основних сегментів ЛШ та швидкості систолічного руху мітрального клапану ($Sm\ mitr$). Для дослідження деформаційних властивостей міокарда ЛШ проводилася спекл-трекінг ехокардіографія з визначенням поздовжнього глобального стрейну (GLS). Оцінку діагностичної інформативності методів проводили за допомогою ROC-аналізу. За результатами КАГ пацієнти були розподілені на групи стенозуючого ураження КА (19 хворих), та гемодинамічно не значущих уражень (31 хворий), співставні за статтю, віком, рівнем традиційних факторів кардіо-васкулярного ризику.

Результати: усі досліджені методи достовірно відображали локальні порушення скоротливості ЛШ, обумовлені стенозуванням КА, з пороговими значеннями $Sm\ mean < 8,2\text{ см/сек}$ ($AUC = 0,84, p < 0,001$), $Sm\ mitr < 8,1\text{ см/сек}$ ($AUC = 0,7, p = 0,007$) та $GLS < -17,8\%$ ($AUC = 0,68, p = 0,02$). Найліпші діагностичні властивості (чутливість та специфічність відповідно 94,7% та 61,3%) встановлені для показника $Sm\ mean$, із статистично значущою різницею площі під кривою $Sm\ mean$ від $Sm\ mitr$ ($p = 0,024$) та GLS ($p = 0,014$).

Висновки: зниження усередненої за 12 сегментами міокарду швидкості систолічного руху менш 8,2 см/сек за результатами ТІД відображає локальні порушення скоротливості міокарду, обумовлені стенозуючим ураженням КА. Дослідження систолічної швидкості руху фіброзного кільця мітрального клапану та глобальний поздовжній стрейн характеризуються меншими чутливістю та специфічністю.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІАСТОЛІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ВАЖКОСТІ

Циганков О. І., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Семенових П. С.

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

Мета: вивчення особливостей розвитку діастолічної серцевої недостатності у хворих на ЦД 2 типу в поєднанні з гіпертонічною хворобою на тлі діабетичної нефропатії (ДН) з різним ступенем важкості.

Матеріали та методи: обстежено 68 хворих на гіпертонічну хворобу і цукровий діабет 2 типу (ЦД), та 20 практично здорових осіб контрольної групи. Хворі в залежності від стадії діабетичної нефропатії були розподілені на 3 групи: I група – хворі на ЦД 2 типу без ознак нефропатії ($n = 25$), II група – хворі на ЦД 2 типу з нормальною швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) та альбумінурією ($n=23$), III група – хворі на ЦД 2 типу зі зниженою ШКФ та альбумінурією ($n=20$).

Ультразвукове дослідження стану серця проводили на апараті «ULTIMA PA» (“Radmir”, Україна). Оцінку діастолічної функції міокарда згідно рекомендаціям Американського товариства ехокардіографії та Європейської асоціації серцево-судинної візуалізації 2016 р. проводили за допомогою тканинного доплера в імпульснохвильовому режимі.

Результати: у першій групі хворих середні значення показників діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) суттєво не відрізнялись від контрольної групи. Розвиток ДН супроводжувався невеликим, але достовірним ($p < 0,05$) зменшенням швидкісних характеристик розслаблення ЛШ ($e'septal$, $e'lateral$ та $e'mean$) в другій групі обстежених.

Найбільші зміни досліджуваних параметрів спостерігались в третій групі: середні значення об'ємних характеристик лівого передсердя ОЛП та іОЛП були вірогідно вищими, ніж в контролі ($p < 0,05$). Також аналіз показників ранніх швидкостей фіброзного кільця мітрального клапана ($e'septal$, $e'lateral$ та $e'mean$) в третій групі обстежених показав суттєве зниження даних параметрів у порівнянні з контролем. При аналізі співвідношення швидкості трансмітрального потоку до середньої швидкості руху фіброзного кільця мітрального клапану ($E/e'mean$), що опосередковано відображає тиск наповнення ЛШ, було встановлено, що достовірні зміни показника мають місце тільки в III групі хворих з вираженими порушеннями функції нирок.

Висновки: у хворих на ДН мають місце початкові порушення діастолічної функції міокарда, які стають більш вираженими по мірі прогресування захворювання. Ключову роль у виникненні та прогресуванні діастолічної дисфункції ЛШ при хронічній хворобі нирок відіграє порушення кінетичних властивостей міокарда, яке приводить до переднавантаження ЛШ.

ЗМІНИ КІНЦЕВОГО СИСТОЛІЧНОГО РОЗМІРУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІЗНИХ ТИПІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ

Шапаренко О. В., Боровик К. М., Єрмак О. С.

*Харківський національний медичний університет,
м Харків, Україна*

Мета: визначити зміни кінцевого систолічний розміру лівого шлуночка в залежності від різних типів антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію й ожиріння.

Матеріали та методи: у дослідженні прийняли участь 70 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням. Дизайн дослідження складався з 4 етапів. I етап – усім хворим на АГ й ожиріння призначався раміприл у добовій дозі 5 мг. За два тижні проводився контроль АТ: 26 хворих (37,14 %) досягли цільових рівнів АТ (<130/80 мм рт. ст.). На II етапі у хворих, що не мали клінічного ефекту, дозу раміприлу збільшено до 10 мг, що призвело до досягнення цільових рівнів АТ через два тижні ще у 8 осіб (11,43 %). Із метою проведення порівняльної оцінки ефективності різних типів антигіпертензивної терапії в подальшому дизайн дослідження виглядав наступним чином: було сформовано дві підгрупи спостереження: перша група (n=20), пацієнти котрої додатково до раміприлу 10 мг отримали амлодіпін у добовій дозі 5 мг; друга група (n=16), де було призначено лерканідіпін у добовій дозі 5 мг (III етап). IV етап відбувався через три місяці, протягом якого оцінювали параметри вуглеводного, адипокінового обміну та структурно-функціональних параметрів серця.

Ехокардіографічне дослідження проводили за стандартною методикою Фейгенбаум Х. на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). У М-режимі визначали наступний параметр лівого шлуночка (ЛШ): кінцевий систолічний розмір (КСР) (см).

Результати. У пацієнтів 1 групи через 3 місяці лікування відбулись наступні зміни: КСР знизився – на 26,80 % (до лікування $4,44 \pm 0,09$ см, після лікування $3,25 \pm 0,08$ см ($p_1 < 0,05$)). На тлі лікування раміприлом у комбінації з лерканідіпіном відзначено зменшення КСР на 24,61 % (до лікування $4,51 \pm 0,06$ см, після лікування $3,40 \pm 0,11$ см ($p_1 < 0,05$)).

Висновки: позитивні зміни на показник морфо-функціонального параметру серця у вигляді зменшення КСР лівого шлуночка довело ефективність використання обох схем лікування у хворих на АГ й ожиріння.

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ТИПІВ
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ НА ПІДСТАВІ ВИЗНАЧЕННЯ
КІНЦЕВОГО ДІАСТОЛІЧНОГО РОЗМІРУ СЕРЦЯ**

Шапаренко О. В., Майорова М. В.

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна*

Мета: провести порівняльну оцінку ефективності різних типів антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію й ожиріння на підставі дослідження динаміки показників кінцевого діастолічного розміру лівого шлуночка.

Матеріали та методи: у дослідженні прийняли участь 70 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням. Дизайн дослідження складався з 4 етапів. I етап – усім хворим на АГ й ожиріння призначався раміприл у добовій дозі 5 мг. За два тижні проводився контроль АТ: 26 хворих (37,14 %) досягли цільових рівнів АТ (<130/80 мм рт. ст.). На II етапі у хворих, що не мали клінічного ефекту, дозу раміприлу збільшено до 10 мг, що призвело до досягнення цільових рівнів АТ через два тижні ще у 8 осіб (11,43 %). Із метою проведення порівняльної оцінки ефективності різних типів антигіпертензивної терапії в подальшому дизайн дослідження виглядав наступним чином: було сформовано дві підгрупи спостереження: перша група (n=20), пацієнти котрої додатково до раміприлу 10 мг отримали амлодіпін у добовій дозі 5 мг; друга група (n=16), де було призначено лерканідіпін у добовій дозі 5 мг (III етап). IV етап відбувався через три місяці, протягом якого оцінювали параметри вуглеводного, адипокінового обміну та структурно-функціональних параметрів серця.

Ехокардіографічне дослідження проводили за стандартною методикою Фейгенбаум Х. на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). У М-режимі визначали наступний параметр лівого шлуночка (ЛШ): кінцевий діастолічний розмір (КДР) (см).

Результати: у пацієнтів 1 групи через 3 місяці лікування відбулись наступні зміни: КДР знизився – на 35,13 % (до лікування $6,49 \pm 0,07$ см, після лікування $4,21 \pm 0,12$ см ($p_1 < 0,05$)). На тлі лікування раміприлом у комбінації з лерканідіпіном відзначено зменшення КДР на 31,70 % (до лікування $6,53 \pm 0,08$ см, після лікування $4,46 \pm 0,09$ см ($p_1 < 0,05$)).

Висновки: проведене дослідження довело ефективність використання обох схем лікування у хворих на АГ й ожиріння за рахунок позитивного впливу на показник морфо-функціонального параметру серця у вигляді зменшення КДР лівого шлуночка.

ДИНАМІКА ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Шаповал О. А., Скробач Н. В., Вишиванюк В. Ю., Петрина В. О.

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

При прогресуванні дифузних захворювань печінки (ДЗП) характерним є підвищення проникності кишкової стінки для бактеріального ендотоксину. Зростання рівня показників ендогенної інтоксикації веде до збільшення продукції профіброгенних чинників, стимулюючи таким чином фіброгенез, та до зниження детоксикаційної функції печінки, що викликає прогресування захворювання.

Мета: оцінити стан детоксикаційної функції печінки у хворих на ДЗП під впливом запропонованого лікування.

Матеріали і методи: обстежено 72 хворих на ДЗП, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ. Діагноз ДЗП верифікували на основі анамнестичних, клініко-лабораторних даних, ультразвукових доказів ураження печінки та даних еластометрії. За статтю всі обстежені хворі розподілялися наступним чином: 19 жінок (26,4%) та 53 чоловіків (73,6%). Вік хворих становив від 34 до 64 років, у середньому – $(47,7 \pm 0,82)$ роки. Тривалість захворювання коливалася від 2 до 9 років. Хворих розподілили на 4 групи: хворі I (18 осіб) групи отримували базисну терапію (БТ) у стандартних дозах, пацієнти II (18 осіб) групи – поряд з БТ отримували ларнамін та хворі III (18 осіб) групи на фоні БТ отримували лактувіт, хворі IV (18 осіб) групи – БТ + ларнамін та лактувіт. Обстеження хворих проводилось до і через 14 днів після початку лікування.

Результати: після курсу лікування всі хворі відзначили поліпшення самопочуття, проте відмічено, що у хворих IV групи спостерігалось більш швидке зникнення астеновегетативного, диспепсичного синдромів. При вивченні динаміки біохімічних показників виявлено, що у хворих на ЦП поєднане застосування ларнамину та лактувіту сприяло зменшенню проявів цитолізу, холестазу, мезенхімально-запального синдромів. Так, у пацієнтів даної IV групи відмічено найбільш позитивну динаміку за даними еластометрії. Показник сумарної концентрації $^{13}\text{CO}_2$ після проведеного курсу лікування збільшився у хворих всіх досліджуваних груп – на 26,2%, 44,7%, 35,1% та 68,2% ($p < 0,05$) у I, II, III та IV групах відповідно.

Висновки: таким чином, поєднане застосування ларнамину та пребіотика лактувіту знижує інтенсивність ендогенної інтоксикації, покращує детоксикаційну функцію печінки, дозволяє досягти стабілізації процесу, запобігти подальшому прогресуванню та покращити якість життя хворих на ДЗП.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Шевцова О. М., Мосійчук Л. М., Петішко О. П.,

Бочаров Г. І., Птушкіна Д. О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,

м. Дніпро, Україна

Мета: оцінити особливості вегетативної нервової системи (ВНС) у хворих на хронічний атрофічний гастрит.

Матеріали і методи: обстежено 45 пацієнтів на хронічний атрофічний гастрит. Функціональний стан ВНС вивчали за допомогою анкети А.М.Вейна. Вегетативний тонус оцінювали шляхом вивчення інтегративного гемодинамічного показника – вегетативного індексу Кердо, який дозволив диференціювати симпатичний, парасимпатичний чи ейтонічний типи ВТ.

Результати: ВНС у хворих на хронічний атрофічний гастрит функціонує в режимі дисбалансу її симпатичної та парасимпатичної ланок з превалюванням ваготонії у 57,8% хворих, тоді як відсоток симпатикотоніків становив лише 37,8% ($p < 0,05$). На основі анкетування визначили наявність вегетативного дисбалансу із вираженими вегетативними дисфункціями у більшості хворих на хронічний атрофічний гастрит (53,3%). У третини пацієнтів спостерігали помірні вегетативні порушення ($p < 0,05$). Проведені дослідження свідчать, що у 71,4% хворих із вихідним парасимпатикотонічним вегетативним тонусом спостерігався досить виражений вегетативний дисбаланс (загальний бал за опитувальником Вейна більше 34 балів), на відміну від хворих на хронічний атрофічний гастрит із вихідним симпатикотонічним вегетативним тонусом, у яких тільки в 28,6% випадків відзначались значні порушення вегетативного гомеостазу. Аналіз кореляційних зв'язків показав, що наявність вегетативного дисбалансу знаходилась у прямому позитивному зв'язку з тривожними станами ($r = 0,392$; $p = 0,01$) і депресивними станами ($r = 0,415$; $p = 0,006$).

Висновок: ВНС у 95,6% хворих на хронічний атрофічний гастрит знаходилась у стані порушення вегетативного гомеостазу. Найбільш характерним його варіантом була ваготонія, обумовлена послабленням активності регуляторних вегетативних структур. Парасимпатикотонічний тип ВНС у більшості хворих на хронічний атрофічний гастрит вказує на зрив адаптаційних можливостей організму. Підвищення активності симпатикотонічної ланки ВНС, який проявлявся більше ніж у третини хворих, свідчить про сприятливий перебіг захворювання за рахунок мобілізації захисних механізмів.

АСОЦІАЦІЯ ТРИГЛІЦЕРИД-ГЛЮКОЗНОГО ІНДЕКСУ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ФАКТОРАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.

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

Мета – вивчити взаємозв'язок тригліцерид-глюкозного індексу (ТГГІ) з метаболічними факторами серцево-судинного ризику у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи: проведено обстеження 255 пацієнтів – 123 (48,2 %) жінок і 132 (51,8 %) чоловіків віком від 23 років до 79 років (середній вік – $(59,39 \pm 1,09)$ років) з ГХ II-III стадії за даними історій хвороб, і які за тригліцерид-глюкозним індексом розподілено на дві групи: ТГГІ $\leq 4,81$ од. ($n=134$) і ТГГІ $> 4,82$ од. ($n=121$). Для обчислення ТГГІ використовували дані про вміст глюкози і ТГ в сироватці крові пацієнтів. Величину ТГГІ $> 4,82$ од. вважали ознакою інсулінорезистентності (ІР) в м'язах. Про відсутність ІР свідчила величина ТГГІ $\leq 4,81$ од. Ліпідограма хворих містила 6 показників ліпідного обміну. Додатково визначали вміст холестерину (ХС) у складі не-ліпопротеїдів високої щільності (не-ЛПВЩ) та обчислювали величини ліпідних співвідношень, що висвітлюють функціонування ліпідотransпортних систем: системи прямого транспорту ХС, зворотного транспорту ХС і системи ліпопротеїдліполізу. Визначався вміст сечової кислоти (СК) в сироватці крові.

Результати: аналіз відмінностей показників ліпідного, вуглеводного і пуринового обмінів у хворих на ГХ залежно від наявності ІР за ТГГІ свідчить, що у разі зниження чутливості тканин до інсуліну стан ліпідного обміну погіршується переважно за рахунок порушень в системі ліпопротеїдліполізу ТГ-вмісних ліпопротеїдів і системі зворотного транспорту ХС, про що свідчить зростання сироваткової концентрації ТГ в 2,26 рази ($p < 0,0001$) і величини ліпідного співвідношення ТГ/ХС ЛПВЩ в 2,88 рази ($p < 0,0001$). Затримка ХС в периферичних тканинах у пацієнтів з ІР (ТГГІ $> 4,82$ од.) супроводжується зниженням сироваткового вмісту ХС ЛПВЩ на 16,7 % ($p < 0,0001$) і зростанням величини ліпідного співвідношення ЗХС/ХС ЛПВЩ в середньому на 33,7 % ($p < 0,0001$).

Висновки: асоціація ТГГІ індексу у хворих на гіпертонічну хворобу з атерогенною дисліпопротеїдемією як фактором кардіоваскулярного ризику реалізується через порушення в системі ліпопротеїдліполізу ТГ-вмісних ліпопротеїдів та системі зворотного транспорту холестерину, про що свідчать вірогідні відмінності відповідних показників ліпідного обміну і ліпідних співвідношень. Асоціація ТГГІ індексу з гіперглікемією і змінами сироваткового вмісту сечової кислоти реалізується через такі метаболічні фактори, як порушення толерантності до глюкози, та гіперурикемію.

ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТУ SALIX SP

Штикер Л. Г., Пономаренко С. В., Осолодченко Т. П.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України», м. Харків, Україна

Одним із перспективних напрямів медичної науки є не тільки лікування хвороби, але й розробка засобів профілактики, де антисептичні засоби займають не останнє місце. Для розробки та створення антисептиків фахівці постійно звертають увагу на рослинні речовини. Однією з поширених лікарських рослин є верба (*Salix sp.*).

Мета: дослідження протимікробної активності екстрактів з пагонів *Salix sp.*

Матеріали та методи: досліджено 4 зразки спиртових екстрактів, отриманих з пагонів *Salix sp.* Пагони верби обробляли різними концентраціями етилового спирту, протягом 5 діб, потім протягом 48 годин випарювали спирт при температурі 60°C. Для дослідження протимікробної активності використані еталонні тест-культури *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Bacillus subtilis* ATCC6633, *Proteus vulgaris* ATCC 4636. Протигрибкову дію речовин досліджено на референтному штамі *Candida albicans* ATCC 885-653. Усі тест-культури було одержано з лабораторії медичної мікробіології з Музеєм мікроорганізмів ДУ «ІМІ НАМН». Визначення чутливості дослідних речовин проводили за методом колодязів. Оцінку антибактеріальної активності дослідних речовин проводили за діаметром зон затримки росту. Відсутність росту або наявність зони затримки росту до 10 мм розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини.

Результати та їх обговорення: спиртові екстракти з 96 % спиртом, які були отримані з *Salix sp.*, проявили антибактеріальні властивості по відношенню до *S. aureus* ATCC 25923, де діаметри зон затримки росту складали 23- 25 мм та *B. subtilis* ATCC 6633 (діаметри зон затримки росту були 25-27 мм). Чутливість *C. albicans* ATCC 885-653 спостерігалась у спиртових екстрактів з 96 % етиловим спиртом (діаметри зон затримки росту складали 18-20 мм). По відношенню до грамнегативних мікроорганізмів (*P. vulgaris* ATCC 4636, *E. coli* ATCC 25922 та *P. aeruginosa* ATCC 27853) спиртові екстракти, які були отримані з *Salix sp.*, проявляли помірну активність (діаметри зон затримки росту в діапазоні від 18 до 20 мм).

Висновок: доведено перспективність подальшого поглибленого вивчення протимікробних властивостей спиртових екстрактів *Salix sp.* з кінцевою метою розробки на їх основі нових антисептичних засобів.

ВПЛИВ НЕФРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВМІСТ VEGF В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕФРОПАТІЄЮ

Щербань Т. Д., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Жуліна А. В.

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

Васкулоендотеліальний фактор росту (VEGF) є раннім маркером ушкодження нирок у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу). Оцінка взаємозв'язку серцево-судинних захворювань та діабетичної нефропатії (ДН) може відігравати суттєву роль в підборі раціональної медикаментозної терапії. Уточнення особливостей нефропротекторної дії патогенетичної терапії сприятиме підвищенню ефективності лікування хворих на ДН.

Мета: визначення впливу патогенетичної терапії на вміст VEGF в сироватці крові хворих на ДН на різних стадіях захворювання.

Матеріали та методи: обстежено 72 хворих на ДН. Контрольну групу склали 40 здорових осіб. Дослідження VEGF проводили до лікування та після 6 місяців патогенетичної терапії, що включала: антидіабетичні препарати, блокатори РАС – інгібітор АПФ або блокатор рецепторів ангіотензину II та інгібітор коензим А редуктази. Концентрацію (VEGF) визначали методом імуноферментного аналізу

Результати: у хворих на ДН було виявлено суттєве підвищення рівня VEGF в сироватці крові, яке мало тісний взаємозв'язок з функціональним станом нирок. Рівень VEGF становив ($156,98 \pm 21,16$) пг/мл при ДН без ниркових порушень, ($162,63 \pm 0,31$) пг/мл при ДН з альбумінурією та нормальною ШКФ, ($367,43 \pm 36,15$) пг/мл при ДН зі зниженням ШКФ. Встановлено тісний кореляційний зв'язок зростання рівня VEGF з кардіогемодинамічними показниками. Найбільший рівень відповіді на проведене патогенетичне лікування відзначався в групі з початковими стадіями нефропатії – рівень VEGF зменшився на 28%, тоді як в групі хворих на ДН зі зниженням ШКФ – лише на 16%.

Висновки: через 6 місяців проведеної патогенетичної нефропротекторної терапії відзначалось вірогідне зменшення рівнів VEGF в сироватці крові в усіх групах обстежених хворих на ДН. Проведена терапія призводила до вірогідного зниження альбумінурії, нормалізації артеріального тиску та поліпшення ліпідного спектру сироватки крові (підвищення холестерину ЛПВЩ, зниження тригліцеридів та ЛПНЩ) у всіх досліджуваних групах, в більшій мірі у хворих на ДН без зниження ШКФ. Зменшення рівнів VEGF в сироватці крові на тлі поліпшення основних клініко-лабораторних параметрів свідчить не тільки про поліпшення функціонального стану нирок, а й про зниження серцево-судинного ризику у даній категорії хворих.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ ТА СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Щербиніна М. Б., Соловйова Н. Є., Усова А. Ю.

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара,

м. Дніпро, Україна

Мета: дослідити особливості статистичних даних щодо захворювань стравоходу з урахуванням статі та віку серед населення Дніпропетровської області.

Матеріали і методи: дані були зібрані методом викопіювання з реєстраційних журналів морфологічних описів і висновків біоптатів стравоходу, отриманих за допомогою верхньої ендоскопії, що була проведена пацієнтам КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова» м. Дніпро) за період з 2015 по 2018 рр. Проаналізовано частоту виявлення та відсотковий розподіл уражень стравоходу в межах цієї групи. Статистичну обробку отриманих результатів проведено методами варіаційної статистики за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати: з 6140 біоптатів, що були наведені в журналах, безпосередньо стравоходу стосувалися 492 випадки (8,0 %). Серед відібраної нами патології стравоходу виявлено такий розподіл: езофагіти – 21,1 %, поліпи – 51,2 %, прояви дисплазії слизової оболонки – 8,8 %, плоскоклітинний рак – 8,9 %, аденокарцинома стравоходу – 3,5 % та стравохід Барретта – 6,5 %. Встановлено, що всі виявлені зміни найчастіше спостерігались у віковій категорії 51-60 роки ($p < 0,05$), за винятком онкологічних уражень, серед яких плоскоклітинний рак з однаковою частотою був зареєстрований у вікових групах 51-60 років та 61-70 років. Щодо аденокарциноми стравоходу, то можемо констатувати, що пік захворюваності припадає на віковий період 71-80 років. Плоскоклітинний рак стравоходу зареєстрований у 2,5 рази частіше, ніж аденокарцинома стравоходу ($p < 0,01$). Простежується перевага кількості випадків дисплазії слизової оболонки, порівняно із патологією щодо стравоходу Барретта. Можливо, це пов'язано зі складністю візуалізації під час проведення звичайної ендоскопії та особливостями цитоморфологічної діагностики.

За отриманими даними патологія стравоходу Барретта з однаковою частотою зустрічається серед обох статей, проте більш притаманна чоловікам молодого віку та жінкам – більш зрілого.

Висновок: проведений аналіз дозволив визначити, що загальний розподіл захворювань стравоходу серед населення Дніпропетровської області загалом збігається зі світовими тенденціями. Проте варто звернути увагу на необхідність посилення інформованості лікарів щодо важливості встановлення діагнозу стравоходу Барретта. Підвищити ефективність діагностики захворювань стравоходу дозволяє впровадження нових ендоскопічних технологій.

**ОСОБЛИВОСТІ КОНЦЕНТРАЦІЇ ФАКТОРУ РОСТУ
ФІБРОБЛАСТІВ 23 ТА ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ
В КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ
В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

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

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

Поєднання діабетичної нефропатії (ДН) з гіпертонічною хворобою (ГХ) значно погіршує прогноз коморбідних пацієнтів шляхом включення багатьох патогенетичних механізмів ураження судин, серця та нирок. Виявлення методів попередження розвитку кардіоваскулярних ускладнень при ДН вимагає подальшого вивчення проблеми. **Метою дослідження** є вивчення концентрації FGF23, кальцію та фосфору в крові хворих на ДН.

Матеріали і методи: обстежено 87 пацієнтів на ДН з ГХ у віці від 50 до 73 років. Хворі були розподілені на групи в залежності від ступеня ураження нирок. Першу групу склали 24 пацієнтів з початковими стадіями захворювання ДН I-II стадії з ГХ. Друга група складалася з 26 хворих на ДН III стадії з ГХ та четверта група – 37 пацієнтів з ДН IV стадії з ГХ. Групу контролю склали 30 здорових осіб. Концентрація кальцію та фосфору в сироватці крові вивчалась з використанням набору реагентів фірми Cormay (Польща). Вміст FGF23 визначали імуноферментним методом.

Результати дослідження: встановлено, що у хворих на ДН I-II стадій концентрація FGF23 вірогідне зростала та склала ($1,46 \pm 0,11$) пмоль/л, контроль ($0,74 \pm 0,11$) пмоль/л. Вміст кальцію склав ($3,05 \pm 0,13$) ммоль/л, контроль – ($2,88 \pm 0,12$) ммоль/л, а вміст фосфору у цих хворих становив ($1,27 \pm 0,12$) ммоль/л, контроль – ($1,23 \pm 0,18$) ммоль/л. Прогресування ДН супроводжувалось більш суттєвим зростанням FGF23 і в групі хворих з ДН III стадії концентрація фактора склала ($2,32 \pm 0,14$) пмоль/л, вміст кальцію склав ($2,79 \pm 0,1$) ммоль/л та фосфору ($1,57 \pm 0,11$) ммоль/л. Найбільш виразне підвищення FGF23 було виявлено в третій групі хворих ($6,06 \pm 0,53$) пмоль/л. Гіперфосфатемію було виявлено на пізніх стадіях ДН. В третій групі вміст фосфору вірогідно підвищувався та становив ($2,36 \pm 0,24$) ммоль/л, $p < 0,05$. Вміст кальцію мав тенденцію до зниження у цих хворих і склав ($2,61 \pm 0,12$) ммоль/л.

Висновки: у хворих на ДН встановлено прогресивне підвищення рівнів FGF-23 залежне від стадії захворювання. Вже на ранніх стадіях нефропатії виявляються високі рівні FGF-23, які майже в два рази перевищують контрольні показники. Найвищі рівні FGF-23 були виявлені на пізніх стадіях захворювання. У хворих на діабетичну нефропатію мають місце порушення кальцієво-фосфорного обміну, які характеризуються гіперфосфатемією та гіпокаліємією. Найвищі концентрації фосфору та найнижчі рівні кальцію виявлено на пізніх стадіях захворювання.

ІМУНОЛОГІЧНІ СУБТИПИ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ ТА ЇХ КЛІНІЧНІ АСОЦІАЦІЇ

Яременко О. Б., Коляденко Д. І.

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

Мета: оцінити спектр клінічних проявів у хворих на системний червоний вовчак (СЧВ) з різним профілем специфічних аутоантитіл.

Матеріали і методи: обстежено 124 хворих на СЧВ, серед яких було 111 жінок (89,5%) та 13 чоловіків (10,5%). Вік хворих становив в середньому 36,5 (25-47,5) років, тривалість захворювання – 4 (1,5-11) роки. І ступінь активності СЧВ мав місце у 50,8% хворих, II – у 35,5% хворих, III – у 13,7% хворих. Антинуклеарний фактор в патологічних титрах виявлявся у 120 (96,8%) хворих. Було утворено 5 груп хворих: I – позитивні тільки за антитілами (АТ) до двоспіральної ДНК (АТ-дсДНК, n=71), II – позитивні за АТ-дсДНК та іншими, окрім АТ до антигену Сміта (n=16), III – позитивні за АТ до антигену Сміта (АТ-Sm, n=10), IV – позитивні за АТ до Ro/SS-A та іншими, крім АТ-дсДНК та АТ-Sm (АТ-Ro, n=11), V – позитивні за антифосфоліпідними АТ (АФЛ АТ, n=16). Проведено оцінку залучення різних органів і систем. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою ліцензійних програм “Microsoft Excel” та “SPSS”. Для множинного порівняння якісної ознаки (частоти виявлення) у 5-ти групах використовували критерій χ^2 .

Результати: виявлено відмінність частоти ураження шкіри між групами ($\chi^2=12,35$; $p=0,015$). Найчастіше шкірні прояви спостерігались серед хворих III (100%) і IV (72,7%) груп, тоді як серед хворих I, II і V груп показники суттєво не відрізнялися (54,9%, 43,8% і 37,5%, відповідно). При цьому еритема-«метелик» переважно спостерігалась у хворих III групи (70%), а в хворих IV групи – лише у 9,1% ($p=0,015$). Також виявлено відмінність частоти артриту між групами ($\chi^2=11,31$; $p=0,023$). Так, найчастіше артрит мав місце у хворих III групи (90%), найрідше - IV групи (18,2%), в інших групах показники не відрізнялись (I – 45,1%, II – 43,8%, V – 43,8%). Частота лімфаденопатії зі спленомегалією була значно вищою серед хворих II групи (43,8%) порівняно з іншими групами (I – 0%, III – 10%, IV – 0%, V – 6,3%; $\chi^2=38,21$; $p<0,001$). Не виявлено відмінностей між групами щодо частоти ураження серозних оболонок ($p=0,439$), нирок ($p=0,091$) та центральної нервової системи ($p=0,103$).

Висновок: у хворих, позитивних за АТ-Sm, найчастіше спостерігаються шкірні прояви (у т.ч. еритема-«метелик») та артрити. Натомість при позитивності за АТ-Ro теж характерні часті ураження шкіри (за винятком еритеми-«метелик»), але артрити спостерігаються порівняно рідко. Для хворих, позитивних за АТ-дсДНК та іншими АТ, характерною є порівняно висока частота лімфаденопатії зі спленомегалією.

ПОКАЗНИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ІНСТИТУТУ ТЕРАПІЇ В РОБОТУ ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ ЗА 2019 РІК

Ярина Н. А., Несен А. О.

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

За останні 15 років в закладах охорони здоров'я областей України впроваджено понад 150 наукових розробок ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», що є важливим внеском в роботу лікувально-профілактичних закладів України.

Суттєво розширюється географія впровадження наукових розробок інституту завдяки проведенню виїзних науково-практичних конференцій «Шкіл терапевтів ім. Л.Т. Малої» в різних областях України. Так, за 2019 рік 38 наукових розробок Інституту у вигляді патентів України на корисну модель, методичних рекомендацій, авторських свідоцтв, нововведень та наукових статей було впроваджено в роботу лікувально-профілактичних закладів трьох областей України, а саме Чернівецькій, Львівській та Тернопільській.

Впроваджено 28 розробок наукових співробітників Інституту. За планом впроваджено – 21 та 7 понад плану, з них: 3 розробки – з лікування, 10 – з діагностики та 15 – з профілактики. 14 були присвячені проблемам лікування, прогнозування, профілактики та перебігу кардіологічних захворювань; по 2 – способам лікування та діагностики гастроентерологічних і пульмонологічних нозологій; 3 – проблемам нефрології; 4 – первинній профілактиці в неорганізованій популяції; проблемі коморбідній патології присвячені 3 наукові розробки. Додатково 10 наукових розробок впроваджено сумісно з кафедрами Харківського національного медичного університету (ХНМУ).

У 2019 році проведено впровадження наукових розробок Інституту в роботу лікувально-профілактичних закладів Чернівецької області (в Чернівецькій обласній клінічній лікарні – 19 нововведень та 16 наукових розробок – в Чернівецькому обласному кардіологічному диспансері). У Львівській області, (КНП ЛОР «Львівський обласний центр радіаційного захисту населення») впроваджено 23 наукові розробки. У Тернопільській області (КНП «Тернопільська університетська лікарня» Тернопільської обласної ради) впроваджено 34 наукові розробки: 21 за планом пропозицій, 6 – понад плану та 7 – сумісно з кафедрами ХНМУ.

У Харківській області (у відділеннях стаціонару Інституту впроваджено 23 наукові розробки). Кількість актів впровадження наукових розробок за 2019 рік – 115.

ОСОБЛИВОСТІ РІВНІВ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ В СЕЧІ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ І В ЙОГО ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Яцишин Р. І., Камінський В. Я.

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

Метою дослідження стало вивчення рівня С-реактивного протеїну (СРП) у сечі хворих на хронічну хворобу нирок: гломерулонефрит (ХХН: ГН) і в його поєднанні з хронічною серцевою недостатністю (ХСН).

Матеріали та методи дослідження: обстежено 323 хворих на ХХН: ГН у стадії загострення (191 чоловік та 132 жінки). Середній вік становив $(37,6 \pm 11,4)$ року. Усім пацієнтам було проведено загальноклінічне обстеження з використанням лабораторних та інструментальних методів. З метою верифікації морфологічної форми ХХН: ГН хворим проводили біопсію нирки. Для визначення рівня СРП у сечі застосовували «СРП латекс-тест» (фірма «Corma», Польща). Усіх пацієнтів було розділено на дві групи залежно від наявності коморбідної патології: до складу першої групи увійшов 181 хворий на ХХН: ГН без коморбідної патології, другу групу склали 142 пацієнти з ХХН: ГН у поєднанні з ХСН Іа стадії (ІІІ ФК за NYHA) гіпертензивного генезу. Кожну групу розділили на 4 підгрупи залежно від стадії ХХН (І, ІІ, ІІІа, ІІІб). До контрольної групи увійшли 40 практично здорових осіб.

Результати дослідження: у пацієнтів обох груп порівняно з контрольною групою $(5,25 \pm 3,17$ мг/л) спостерігалось статистично значуще підвищення рівня СРП у сечі ($p < 0,001$), причому рівень запального маркера при ХХН: ГН без ХСН $(36,43 \pm 20,61$ мг/л) був вірогідно меншим за такий же при наявності коморбідної патології $(51,97 \pm 27,14$ мг/л). При поділі хворих на підгрупи залежно від стадії ХХН вдалося зафіксувати подібну тенденцію змін у рівнях СРП у сечі в обох групах: рівень досліджуваного маркера зростав від І до ІІ стадії з поступовим його зменшенням у наступних стадіях. Так, найвищим виявився рівень СРП у ІІ стадії ХХН як у першій $(43,90 \pm 23,18$ мг/л), так і в другій групі $(57,23 \pm 22,46$ мг/л). Порівняння рівнів запального маркера між різними стадіями ХХН всередині кожної з груп встановило вірогідну різницю ($p < 0,05$) лише між І та ІІ стадіями в обох групах. Зміни в інших стадіях мали тенденційний характер ($p > 0,05$). При порівняльному аналізі вираженості запалення в тій самій стадії ХХН між двома групами хворих спостерігалася вірогідна різниця ($p < 0,05$) в усіх стадіях, за винятком ІІІб ($p > 0,05$).

Висновок: у групі хворих на ХХН: ГН у поєднанні з ХСН зафіксовано вираженіші зміни СРП у сечі порівняно з групою таких же хворих без коморбідної патології. Це підтверджує негативний вплив ХСН на перебіг гломерулонефриту і свідчить про важливість дослідження кардіо-ренального континуума.

ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАДРІБНОДИСПЕРСНОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДУ В БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З НЕЙТРОФІЛЬНИМ ТИПОМ ЗАПАЛЕННЯ

Яшина Л. О., Ігнатська В. І., Опімах С. Г., Гуменюк Г. Л., Галай Л. А.

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

Мета: оцінити ефективність ультрадрібнодисперсного глюкокортикостероїду в базисній терапії хворих на бронхіальну астму (БА) з нейтрофільним типом запалення.

Матеріали і методи: обстежено 30 хворих на персистуючу БА з переважно нейтрофільним фенотипом запалення (вміст нейтрофілів в крові $> 4000/\text{мкл}$). Хворі були поділені на 2 групи, по 15 хворих в кожній. І (основна група) – отримували ультрадрібнодисперсний беклометазон (розчин) в дозі 250 мкг та формотерол в дозі 12 мкг 2 рази на добу. ІІ (контрольна група) продовжували свою попередню базисну терапію фіксованою комбінацією інгаляційного кортикостероїда та тривалої дії бета2-агоніста в стандартній дозі 320 мкг будесоніду та 9 мкг формотеролу двічі на добу. Всі хворі отримували сальбутамол за потребою. Тривалість досліджуваного курсу лікування складала 3 місяці.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати: застосування ультрадрібнодисперсного глюкокортикостероїду в базисній терапії хворих на БА з нейтрофільним типом запалення (з наявністю обструкції дрібних бронхів, фіксованої бронхообструкції), порівняно з існуючим стандартом лікування, дозволило досягти: клініко-функціональної ефективності у 80 % хворих; збільшення значення тесту з контролю над астмою (АСТ) на 3,2 бали (з $(14,3 \pm 1,3)$ до $(17,1 \pm 0,3)$ балів), $p < 0,05$, та кількості пройдених метрів за тестом з 6-хвилинною ходьбою (6MWT) на 17 м з $(266,3 \pm 16,2)$ м до $(283,3 \pm 18,8)$ м, $p < 0,05$, що свідчило про стабілізацію клінічних симптомів захворювання та підвищення толерантності до фізичного навантаження; збільшення MEF_{25} з $(19,1 \pm 2,9)$ % до $(31,9 \pm 5,2)$ %, $p < 0,05$, що свідчило про значне зменшення бронхообструкції на рівні дрібних бронхів. В контрольній групі показники, що досліджувались, достовірно не змінювались.

Висновок: застосування ультрадрібнодисперсного глюкокортикостероїду в базисній терапії хворих на БА з нейтрофільним типом запалення (з наявністю обструкції дрібних бронхів, фіксованої бронхообструкції) дозволило досягти клініко-функціональної ефективності у 80 % хворих. Лікування добре переносилось пацієнтами і не супроводжувалось розвитком побічних ефектів. Метод є простим у використанні та легкодоступним для практикуючого лікаря.

ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Яшина Л. О., Назаренко К. В., Полянська М. О.,

Москаленко С. М., Зволь І. В., Власова Н. А.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

імені Ф. Г. Яновського НАМН України»,

м. Київ, Україна

Мета – провести прогнозування впливу факторів ризику на неконтрольований перебіг бронхіальної астми (БА), зниження толерантності до фізичного навантаження, погіршення якості життя, розвитку гіперінфляції легень, виникнення тяжких загострень астми.

Матеріали і методи: обстежено 160 хворих на тяжку БА, у яких на етапі спеціалізованої медичної допомоги встановлено такі фенотипи захворювання: алергічної БА – у 60,0 % пацієнтів (з алергічним ринітом – у 34,4 %, поліпозним етмоїдитом – у 3,8 %, атопічним дерматитом – у 0,6 %) та неалергічної БА – у 40,0 %. Серед цих хворих виділені інші фенотипи тяжкої БА: БА з пізнім початком – у 40,6 %, БА з ожирінням – у 33,1 % та БА з фіксованою бронхообструкцією – у 14,4 % пацієнтів. Проводилась діагностика супутньої патології. Для оцінки ризику наявності окремих ознак серед груп спостереження обраховувалися відношення шансів та його 95 % довірчій інтервал. Для оцінки вірогідності розвитку окремих подій під впливом декількох факторів ризику було застосовано критерій Кохрана-Мантеля-Хензеля за допомогою програмного забезпечення Review Manager (RevMan 5.3).

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати: методом прогнозування встановлено, що на тяжкість перебігу астми впливають: фенотип захворювання, порушення ФЗД, тип запалення в трахеобронхіальному дереві, пізній початок захворювання, тяжкі загострення, алергічні та супутні патології. Тому своєчасне виявлення фенотипу тяжкої БА, алергічних та супутніх захворювань є актуальним питанням сучасної пульмонології. Визначено, що раннє виявлення фенотипу БА, основних вагомих факторів ризику розвитку неконтрольованого перебігу астми, зниження толерантності до фізичного навантаження, погіршення якості життя, розвитку гіперінфляції легень, виникнення тяжких загострень та своєчасне призначення адекватної базисної терапії є основою вторинної профілактики тяжкого перебігу БА.

Висновок: проведені дослідження свідчать про те, що визначення окремих фенотипів БА, їх клініко-функціональних особливостей, типу запалення та супутніх захворювань дозволяє методом прогнозування визначити фактори ризику, що достовірно впливають на тяжкість перебігу БА та є підставою для призначення патогенетично обґрунтованої протизапальної та бронхолітичної терапії.

ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE PATHOGENESIS OF NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS IN PATIENTS WITH OBESITY AND CHRONIC KIDNEY DISEASE

Antoniv A. A.

*Higher State Educational Institution of Ukraine
“Bukovinian State Medical University”,
m. Chernivtsi, Ukraine*

The aim of the study – to find out the features of the lipid blood spectrum and the development of endothelial dysfunction in non-alcoholic steatohepatitis in patients with obesity and chronic kidney disease.

Materials and methods of research: 135 patients were examined: of which 52 patients with non-alcoholic steatohepatitis with obesity I degree (1 group), 53 patients with non-alcoholic steatohepatitis with comorbid obesity of the I degree and chronic kidney disease of the I-II stage (group 2). The control group consisted of 30 practically healthy persons of the corresponding age and sex. The average age of patients was (45.8 ± 3.81) years, men were 48, and women 57 persons.

Results of research and their discussion: as a result of studies, it was found that patients with non-alcoholic steatohepatitis on the background of obesity are characterized by lipid distress syndrome with an increase in total cholesterol in blood, low density proatherogenic lipoprotein, deficiency of anti-atherogenic high-density lipoproteins. The role of nitrosative stress in the pathogenesis of nonalcoholic steatohepatitis, the confirmation of which is the increase in the concentration of nitrosothiols, peroxynitrite and other metabolites NO in the blood

Conclusion: thus, with the comorbid flow of non-alcoholic steatohepatitis and chronic kidney disease of the I-II stage, on the background of obesity, a deeper lipid imbalance, hypercholesterolemia, including in the low density lipoprotein, a decrease in the content of high density lipoprotein, an increase in the atherogenicity index, and hyperproduction of the endothelium and lymphocytes from the progressive damage to the endothelium.

PECULIARITIES OF HOMEOSTASIS OF CYTOKERATIN-18, HOMOCYSTEIN AND THEIR ROLE IN INTERACTIONS AND PROGRESSIVES OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE

Antoniv A. A.

HSEI of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

The aim: to establish the role of cytokeratin-18 and homocystein in the mechanisms of interference and progression of non-alcoholic fatty liver disease and chronic kidney disease due to their comorbidity in obese patients.

Material and research methods: the basis of the study was the material of clinical observation of 444 patients, including 354 patients with non-alcoholic fatty liver disease non-alcoholic fatty liver disease. Among 354 patients, 84 patients had non-alcoholic fatty liver disease non-alcoholic fatty liver disease and grade 1 obesity (group 1), including 32 patients with non-alcoholic steatosis and 52 with non-alcoholic steatohepatitis. Comorbid chronic kidney disease I-III stages (group 2) were established in 270 patients with non-alcoholic fatty liver disease non-alcoholic fatty liver disease with obesity, among whom 110 had non-alcoholic steatosis and 160 had non-alcoholic steatohepatitis. The control groups consisted of 90 patients with stage I-III stage with normal body weight (group 3). To evaluate cytokine induction of apoptosis – cytokeratin-18 (DRG) by ELISA using the Labsystems Multiskan MS enzyme-linked immunosorbent analyzer (Netherlands). Homocysteine blood content (Axis-Shield, UK) was performed by ELISA.

Results: analysis of the intensity of apoptosis in patients with non-alcoholic steatohepatitis, depending on the presence of comorbid chronic kidney disease indicates a significant increase in blood levels of cytokeratin-18 in patients with non-alcoholic steatohepatitis – 7.2 times compared with practically healthy persons ($p < 0.05$), patients with non-alcoholic steatohepatitis with chronic kidney disease – 7.5 times. A researched of homocystein blood content in patients with non-alcoholic fatty liver disease showed a significant increase since the non-alcoholic steatosis stage: blood homocystein levels exceeded practically healthy persons by 2.0-fold ($p < 0.05$), indicating a significant risk of atherogenesis and a significant risk of functional decline the state of the endothelium. In patients with non-alcoholic steatohepatitis comorbidities with chronic kidney disease, homocystein content exceeded 2.7 times ($p < 0.05$) homocystein data with a significant difference between groups ($p < 0.05$). We also found a significant increase homocystein in blood content in patients with chronic kidney disease without comorbidity (1.2 times, $p < 0.05$) with a significant intergroup difference with groups of patients with chronic kidney disease comorbidity.

Conclusion: in non-alcoholic steatosis of the liver and steatohepatitis on the background of obesity and chronic kidney disease, there was a significant increase in the blood content of cytokeratin-18 and homocystein in comparison with the course of non-comorbid pathology of the chronic kidney disease.

Q-MYOCARDIAL INFARCTION ON THE BACKGROUND OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA: PECULIARITIES OF COMPLICATIONS

Chernykh M. O.

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Despite the achievements of modern cardiology in the field of diagnosis and treatment, the incidence and mortality from myocardial infarction (MI) continue to grow, especially in people of working age. According to modern notions, the course of MI is significantly influenced by comorbidities, collagen abnormalities in particular, the leading place among which is occupied by the syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD). Considering the high prevalence of this syndrome in the population, the study of the peculiarities of complications of Q-MI on the background of UCTD is relevant.

The aim: to determine the nature of complications of acute Q-MI in male patients with UCTD.

Materials and methods: we examined 90 male patients with newly verified Q-MI, aged 26 to 84 years - mean age (56.73 ± 1.58) years. All patients underwent coronary angiography, general clinical and instrumental examinations. Exclusion criteria: hypertension, obesity, diabetes, malignant neoplasms, mitral valve prolapse. Using the original UCTD stigma questionnaire based on the M. J. Glesby phenotype map, consisting of 54 positions, all patients were divided into 2 groups. The main group included 45 patients with 6 or more stigmas of UCTD (average - 8.44 ± 0.29). The comparison group - 45 patients with the number of stigmas of up to 5 inclusive (4.47 ± 0.12), representative to the main group by age and localization of MI.

Results: it was found that the highest percentage of Q-MI complications was due to arrhythmias and conduction disorders (dominated by high-grade ventricular arrhythmias by B. Lown, paroxysmal atrial fibrillation, ventricular fibrillation and I degree atrioventricular block), which were found in 21 patients (46.7%) of main group, which was significantly more often than in the comparison group - 12 patients (26.7%). As the number of UCTD stigmas increased (10 or more), more severe Q-MI complications were observed in patients of the main group: postinfarction aneurysm of the heart (11.1%), rupture of the posterior papillary muscle (2.2%) and rupture of the interventricular septum, combined with a paroxysmal form of atrial fibrillation (2.2%). No such complications were found in the patients of the comparison group. A strong direct relationship between the number of UCTD stigmas and the incidence of early Q-MI complications in patients with UCTD was found ($r = +0.91$; $p < 0.05$).

Conclusions: the course of Q-MI on the background of UCTD is characterized by the formation of postinfarction aneurysms of the left ventricle (11.1%, with their absence in patients without UCTD) and a higher frequency of arrhythmias and conduction disorders (1.75 times more compared to patients without UCTD). Increasing the number of UCTD markers is associated with an increase of incidence of Q-MI complications.

PECULIARITIES OF INVESTIGATION OF BLOOD GROUP TYPING

Dielievska V. Yu., Borzova O. Yu.

Kharkiv National Medical University, department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology named after academician L. T. Malaya, Kharkiv, Ukraine

The aim of the research: to determine blood group type in a person with AB0 discrepancy.

Material and methods: reaction of absorption, hemagglutination at the room temperature and at 37°C by heated serum with use of complement were conducted.

Results: a female person typed as AB Rh+ (positive) in childhood, in teenage period: as B Rh+ (positive) or Rh- (negative). At the room temperature the erythrocytes were agglutinated by polyclonal anti-B, while at 37°C the agglutination was significantly weaker. Her erythrocytes did not absorb anti-B, but absorbed anti-A. The erythrocytes were agglutinated by anti-A at 37°C and hemolysed in the presence of complement. The unwashed erythrocytes were also agglutinated in antiglobulin test by polyclonal anti-A at 37°C and by heated polyclonal anti-A and anti-A MAB 2-8 at the room temperature. Her serum agglutinated A erythrocytes at the room temperature, with less activity at 37°C. Her serum agglutinated B erythrocytes at 37°C. Incubation of the person's serum with 0 erythrocytes induced the ability of erythrocytes to absorb anti-A and to be hemolysed by anti-A in the presence of complement – in accordance to the person's characteristics of the erythrocytes.

Conclusions: the person's ability of the erythrocytes to absorb anti-A came along with the agglutination of the erythrocytes at 37°C by polyclonal serum, whereas activity of the serum to agglutinate A erythrocytes was less at 37°C, than at the room temperature. The absence of anti-B absorbance by the erythrocytes was accompanied by more expressed agglutination at the room temperature than at 37 °C and the presence of anti-B, active at 37°C.

ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF THE TENDENCIES OF THE MORTALITY RATES FROM ESOPHAGEAL CANCER IN THE EU COUNTRIES AND UKRAINE.

RECOMMENDATIONS FOR THE NATIONAL PREVENTIVE ONCOLOGICAL DISEASES PROGRAMMES

Associate Professor Nadiya Dubrovina, Csc., PhD, School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, SR

Professor PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA., Trnava University in Trnava, SR

PhDr. Jozef Babečka,

Ružomberok Catholic University in Ružomberok, SR

Acknowledgements: The paper is the output of a scientific project IGA 3/2020-M “Improving Healthcare efficiency: new trends and challenges”. (Funder: VSEMs IGA VSEMs, i.e. School of Economics and Management in Public Administration)

Purpose: to analyse the tendencies in some EU countries and Ukraine for long-term period and predict expected values of mortality rates from esophageal cancer for next time period; to formulate some recommendations for the prevention of esophageal cancer in communities.

Materials and methods: as materials we used review of scientific articles, reports, results of the reports and case studies, as well as Eurostat and WHO database contained data about mortality rates from esophageal cancer in the different countries. For the quantitative study of the data the methods of mathematical statistics and time series analysis were used.

Results: we selected six EU countries like Austria and Germany from the core of well-developed countries of EU and former socialist countries such as Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia. As well we analysed situation of the mortality rates from esophageal cancer in Ukraine. To study the features of the tendencies of the mortality rates from esophageal cancer we used models of linear trend and exponential smoothing with linear trend adjustment (Holt's models).

According official data from WHO Ukraine has relatively low level of the mortality rates from esophageal cancer, but the question is in the problem of possible differences between “official” data and real situation. In addition, due to serious problems in healthcare and poor funding of this system in Ukraine, a lot of patients don't have need access to modern medical services like diagnostics of diseases or screening oncology, or treatment. Besides, in Ukraine the national cancer register should be modernised and accumulate all information about patients with oncology. The modern treatment, palliative care, rehabilitation should be accessible for all population in Ukraine.

Conclusion: the recommendations for the national programmes and strategies for the prevention of the esophageal cancer were developed and proposals for complex of government and public activities are discussed.

FEATURES OF DAMAGE TO THE ESOPHAGUS IN PATIENTS WITH THE COMBINED COURSE OF GERD AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Frolova-Romaniuk E. Yu., Zhelezniakova N. M., Karpenko I. I.,
Panchenko G. Yu.

*Department of Internal Medicine 1, Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine*

Introduction: the high medical and social significance of type 2 diabetes mellitus (T2DM) is not only due to its prevalence, but also to serious complications that lead to a decrease in the quality of patient's life, early disability, and high mortality. Diabetes leads to significant complications. Over the long course of T2DM, 10% of patients develop visual disturbances, 60% of patients are diagnosed with coronary artery disease, 40% of patients with nephropathy, and symptoms of gastrointestinal diseases are noted in 50-60% of patients¹. It should be noted that the real prevalence of the gastrointestinal diseases in patients with T2DM is much greater, since diabetic gastropathies are often asymptomatic. With T2DM treatment for more than five years, frequency of upper gastrointestinal tract diseases ranges from 60% to 80%, according to certain studies^{4,5}. Recently, there has been increased interest in this problem, but the results of different studies are contradictory and many questions remain without answer. Very often, diabetes is associated with gastroesophageal reflux disease (GERD).

The objective of the study was to evaluate the histological and morphometric features of the esophagus mucous membrane in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) in and diabetes and in patients with GERD without diabetes.

Material and methods: 67 patients with GERD and T2DM and 50 patients with GERD matched for age and sex were examined. Comparative morphometry of histological changes of the esophageal mucosa was performed.

Results: the histological investigation showed that in patients of the main study group (with GERD and T2DM), almost all the parameters studied had a significantly more severe course and exceeded similar indicators of the group with isolated GERD: the thickness of the basal layer (1.86 ± 0.04 points against 0.97 ± 0.02 points), papillae height (1.71 ± 0.06 points versus 0.72 ± 0.07 points), inflammatory epithelial infiltration (1.88 ± 0.03 points against 1.27 ± 0.07 points), width of intercellular spaces (2.04 ± 0.08 against 1.10 ± 0.07 points) ($p < 0.01$ in all cases).

Conclusions: the inflammatory process in the esophageal mucosae in patients with GERD has a more superficial character and is limited mainly to the epithelial layer. Whereas, hyperplastic changes in the mucous membrane of the esophagus are more pronounced in patients with GERD with T2DM.

PHYSICAL ASPECT OF TREATMENT OF AN ONCOLOGICAL PATIENT IN SPA INSTITUTION

**prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA., Trnava University, Faculty of
Healthcare and Social Work, Department of Nursing, Trnava, SR**

**PhDr. Nadežda Peterková Justhová, PhD., St.Elisabeth University of
Healthcare and Social Work, Bratislava, SR**

**doc.MUDr. Mária Šrámková, PhD., St.Elisabeth University of Healthcare
and Social Work, Bratislava St. Cyril and Methodius Institution -
Partizánske, SR**

Purpose: determine changes in physical aspects of life of oncologic patients that originate as a consequence of spa treatment.

Material and methods: anonymous questionnaire structured with closed and semi-open questions aimed at physical area of patients' lives. Assessment of questionnaire through basic statistical methods such as first-grade analysis. Evaluation of questionnaire - testing through χ^2 – Chí-square test of good conformity and parametric test - Student's t-test.

Research has been implemented after having obtained approval with its implementation by the Ethical Committee. We asked spa institutions Kúpele a.s. Trenčianske Teplice, Kúpele a.s. Lúčky and Kúpele a.s. Nimnica to participate in our questionnaire.

Results: research sample was formed by patients with oncologic disease who were in the stage of remission, together 300 patients. Research was performed only with those patients who attended spa treatment. Research was performed within the period of 4 months from January – December 2018.

The disease is an unbalanced bio-psycho-social and spiritual phenomenon exceeding the quality of life. Originates as a result of interaction of pathologic and compensation processes that lead to damage of cells, tissues and systems of an organism. Spa treatment should provide the rehabilitation of organs or systems affected by oncological disease after the termination of carcinoma treatment, removes hypo functionality of organs or systems incurred secondarily through the disease or treatment.

Conclusion: the aim of a nurse job is to help the patient to adapt to the changed environment as soon and as much as possible and become independent in satisfying their needs. An important prerequisite of a patient-nurse cooperation is the acceptance of their subjective experience during the satisfaction of their needs, what requires holistic approach from the nurse to the patient. Family also plays an important role, in the treatment of an oncologic patient.

VACCINATION AS ONE OF THE PREVENTIVE ACTION FOR HEALTH CHILDREN AND ADULTS IN THE COMMUNITY

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.

**Department of Nursing, Trnava University in Trnava, Faculty of Health
Sciences and Social Work**

PhDr. Nadežda Peterková Justhová, PhD.

St. Elizabeth College of Health and Social Work, n.o., Bratislava, Slovakia

Prof. MUDr. Ján Breza Sr. DrSc., MHA., MBA.

**Urology clinic with renal transplantation centre, Kramáre University
Hospital, Bratislava, Medical Faculty of Charles University, Bratislava,
Slovak Medical University, Bratislava, Slovakia**

Purpose: study the situation related vaccination as one of the preventive action for population in Slovakia

Materials and methods: review of scientific papers, legislative framework, reports of WHO, data from Ministry of Health in Slovakia, reports of community nursing, etc.

Results: regular compulsory vaccination (against 10 diseases) is given by basic vaccination with the following vaccines: The hexavalent (six-component) vaccine protects children from 6 diseases: diphtheria, tetanus, pertussis, hemophilia infection, poliomyelitis (polio), hepatitis B. Protection from the first three diseases has been provided together in one DTP vaccine for decades, the other three can be vaccinated separately, each in one vaccine. The pneumococcal conjugated vaccine protects against the most serious pneumococcal diseases. The MMR vaccine is a three component measles, mumps and rubella vaccine that protects children from disease for these three viral diseases. In addition to vaccination, which is included in the vaccination system in Slovakia, parents may still apply for other vaccinations that are recommended or vaccination at their own request. Recommended vaccination and vaccination at your request: rotavirus disease, viral hepatitis, influenza, varicella, meningococcal disease, human papillomavirus (HPV) infection, tick-borne encephalitis (inflammation of the brain). New knowledge has led to a change in vaccination policy. In recent years, the epidemiology of pertussis has changed. Adolescents and adult individuals have been found to be the most common source of infection, pertussis is responsible for up to 30% of chronic, protracted cough in these age groups. Therefore, they introduced routine revaccination of adolescents. Epidemiological observations in the elderly group have shown increased morbidity and mortality in infectious diseases that could be prevented by vaccination. In recent years, this finding has prompted adult vaccination campaigns - the mass vaccination of the seniors against influenza. Vaccination is also expanding in the community of adults suffering from chronic diseases.

Conclusion: as vaccination is an effective prevention in the fight against infectious diseases, it is very important to inform about the need and importance of vaccination, and this is where the nurse working in the community of children, adults and seniors plays an important role.

PATHOLOGICAL FEATURES OF HEART FAILURE AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Kamyshnikova L. A., Maryam Yusuf

*Belgorod State National Research University,
Belgorod, Russia*

The meta-analysis published in 2015, showed a reliable increase in the mortality rate of patients with chronic heart failure (CHF) and obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) in comparison to patients without breathing difficulties during sleep. The research showed that up to 60% of the therapeutic patients in the hospital suffers from obstructive breathing difficulties during sleep.

Purpose of study: to show the peculiar features of patients with chronic heart failure and obstructive sleep apnea syndrome.

Material and method: a review was conducted on the keywords chronic heart failure and obstructive sleep apnea syndrome, selected articles in accordance with the purpose of study.

Results: episodes of apnea (cessation of pulmonary ventilation lasting 10s or more) and hypopnea (airflow reduction over 50% of the initial values) occurring during OSAS accompanied by a decrease in saturation of 3% or more led to a severe negative intrathoracic pressure which led to increase in preload and venous return of blood to the heart. In addition, there is atrial pressure increase accompanied by dilation and remodeling of the atria leading to cardiac arrhythmias. When breathing stops, the sympathoadrenal system is activated, hypoxemia and hypercapnia develop, which adversely affects the course of CHF. The activity of the parasympathetic nervous system decreases, Heart rate variability changes and the risk of ventricular arrhythmias and atrial fibrillation increases. Often, bradyarrhythmia occurs in OSAS, this is associated with a depletion of the adaptive reserve and a decrease in the number of beta receptors in the heart during the activation of the sympathoadrenal system. Long sympathetic activity, fluctuation of intrathoracic pressure, hypoxemic/reoxygenation cycles, oxidative stress caused by endothelial dysfunction, vascular wall damage contribute to early development of atherosclerosis. CHF accompanied by fluid retention with the possibility of the fluid redistributing throughout the body including the neck area when the patient is in a lying position and fluctuations in pulmonary ventilation from the fluid retention contribute to the development of OSAS.

Thus, episodes of apnea and hypopnea in OSAS contributes to the progression of CHF, and patients with CHF are at high risk of breathing difficulties during sleep, and require more thorough examination in order to diagnose OSAS.

HEMODYNAMIC CHARACTERISTICS OF THE LEFT VENTRICLE MYOCARDIAL CONTRACTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND DIABETES MELITUS 2 TYPE

Koshkina M. V.

Department of internal medicine №2, clinical immunology and allergology named after academician L.T. Malaya, Kharkiv, Ukraine

Aim of the study: to describe some hemodynamic characteristics the left ventricle myocardial contractile dysfunction in patients with t coronary artery disease and diabetes melitus 2 type.

Materials and methods: in this research we examined 65 patients with chronic forms of coronary artery disease (CAD), in 38 of them it was diagnosed CAD with diabetes melitus (DM) 2 type, and in 27 – the isolated form of CAD. The control group in our research was made by 17 almost healthy people. The design of a research included patients at whom during echocardiography inspection (EchoCG) there were revealed reliable symptoms of the left ventricle (LV) myocardial contractile dysfunction, which was estimated most by changes of the LV ejection fraction (EF). For carrying out the correlation of the LV myocardial contractile dysfunction to all patients it was measured the general cholesterol and its fractions, also there were defined the blood serum glucose contents on an empty stomach and the level of glycated hemoglobin.

Results: an EF indicator decrease happened as in group of patients with CAD and DM 2 type, and in group of patients with the isolated CAD, namely: EF in the first group made $39,34 \pm 1,93$ %, and in srcond – $41,63 \pm 2,84$ %. But it was revealed that EF indicator in group of comparison considerably differs from indicators in the first and second groups, namely makes $(62,6 \pm 2,04\%)$ ($p < 0,05$). Also there is a correlation between EF decrease and lipid exchange violation: together with EF decrease it is defined general cholesterol levels increase ($7,93 \pm 0,55$ mmol/l and $6,31 \pm 0,43$ mmol/l in the first and second groups respectively), lipoproteins of low density ($5,02 \pm 0,32$ mmol/l and $4,33 \pm 0,24$ mmol/l respectively), triglycerides ($2,87 \pm 0,26$ mmol/l and $2,04 \pm 0,15$ mmol/l respectively). Glucose levels ($8,35 \pm 0,32$ mmol/l and $4,82 \pm 0,65$ mmol/l respectively) and glycated hemoglobin ($7,86 \pm 0,24$ % and $5,53 \pm 0,51$ % respectively) ($p < 0,005$) were not correlated with EF values.

Conclusions: as between EF indicators in the first and second group there is no significant difference and also the glucose and glycated hemoglobin levels did not show correlation with EF value, it is possible to make a conclusion about absence of DM 2 type influence on decrease in myocardial contractile dysfunction in patients with coronary artery disease. At the same time, the big difference between the obtained data in these two groups and data of control group and also direct correlation with indicators of lipid exchange, shows progressing of chronic heart failure.

NEW METHOD OF HEART FAILURE DIAGNOSTIC IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH COMORBIDANT OBESITY BACKGROUND BY INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1

Martovytskyi D., Shelest O., Kovaleva Yu.

*Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine*

Goal: improving the diagnosis of the development of acute heart failure in patients with acute myocardial infarction against obesity.

Materials and methods: the study involved 60 patients with AMI and OB (47% of women and 53% of men). The mean age was 64.14 ± 3.52 years. Patients were divided into groups according to the presence of complications of AMI - HF. The first group included patients with AMI with concomitant coolant with the presence of HF ($n = 32$). The second group included patients with AMI and coolant without HF ($n = 28$). HF was rated Killip. In patients with class I HF for Killip was noted in 19%, II - in 37%, III - in 43%, IV - 1%. Diagnosis of the development of HF in patients with AMI on the background of obesity is performed according to the level of IGF-1, which is determined by the enzyme immunoassay using a set of reagents "Insulin-like growth factor-I" (commercial tests MEDIAGNOST, Germany). Blood sampling was performed during the first day of the disease. Statistical processing of the obtained data was performed using the statistical program package "STATISTICA 7.0". Data are presented as mean values and mean error. The statistical significance of the different averages was determined by the F-Fisher test. Relationship analysis was performed using the Spearman correlation (r).

Results: in patients with complicated of AMI in the presence of OB who was included in the first group, a significantly lower level of IGF-1 by 29.75% ($111,54 \pm 21,23$ ng/ml and $158,13 \pm 27,82$ ng/ml, $p < 0,01$) was found compared to patients in the second group presented with patients with AMI and OB without complications. A correlation was used to assess the presence and nature of the relationship between IGF-1 and HF. The inverse correlation between IGF-1 and HF was obtained $r = -0.44$, $p < 0.05$. That is, the reduction of IGF-1 was accompanied by the development of HF in patients with AMI and OB.

Conclusions: the presence of acute myocardial infarction, complicated by the development of heart failure in patients with obesity, was associated with low levels of insulin-like growth factor-1 compared with patients without complications. Determination of insulin-like growth factor-1 in the serum of patients with acute myocardial infarction and obesity has shown increased efficacy, which makes it possible to use it as a marker of prognosis and severity of heart failure in this group of patients.

**ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE IMPACTS
ON CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS
WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND TYPE 2 DIABETES
MELLITUS**

Minukhina D. V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

According to modern research, insulin resistance, hyperinsulinemia and hyperglycemia are key links in the development of fatal consequences of acute coronary syndrome on the background of type 2 diabetes mellitus (DM type 2). Asymmetric dimethylarginine (ADMA) is an endogenous competitive inhibitor of NO synthesis. There is a link between an increase in ADMA levels and an increased risk of coronary heart disease, hypercholesterolemia, high blood pressure, and impaired glucose tolerance.

It is known that the increasing of asymmetric dimethylarginine is due to the effect of glucose and glycation products on the enzyme responsible for the degradation (hydrolysis) of ADMA, namely DDAG - dimethylarginine-dimethylaminohydrolase, inactivating the catalytic center of this enzyme.

Based on this, we analyzed the correlations between ADMA and levels of glucose, glycosylated hemoglobin, serum insulin and QUICKI insulin resistance index in patients with acute myocardial infarction (AMI) with ST-segment elevation and concomitant type 2 diabetes.

Aim: to analyze the association between asymmetric dimethylarginine and carbohydrate metabolism (glucose, glycosylated hemoglobin, insulin and QUICKI insulin resistance index) in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes mellitus.

Materials and methods: the study included 73 patients with AMI and type 2 DM (among them 43 men and 30 women, mean age 62.73 ± 1.39 years), 57 patients with AMI without type 2 DM (among them 43 men and 14 women, mean age 63.97 ± 1.47 years). Level of ADMA was carried out by immunoassay using commercial test systems Xpress ELISA Kit (Austria). Mathematical computer processing of results was carried out using the software package "Statistica 6.0" (StatSoft Inc., USA).

Results: a direct correlation was found between the level of ADMA and blood insulin ($r = 0.51$; $p < 0.05$), glucose ($r = 0.51$; $p < 0.05$), glycosylated hemoglobin ($r = 0.60$; $p < 0.05$) and feedback with the QUICKI index ($r = -0.27$; $p < 0.05$).

Conclusions: our results suggest the need to monitor not only blood glucose levels but also insulin resistance parameters and level of asymmetric dimethylarginine in plasma in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes mellitus, which in the future will reduce the manifestations of endothelial dysfunction, given their negative impact on the endothelium, the mediator of which can be considered ADMA.

THE NATURE OF PENTRAXIN-3 LEVEL CHANGES IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND DIABETES MELITUS TYPE 2

Molotyagin D., Kadikova O.

Kharkiv National medical university, Kharkiv, Ukraine

Introduction: the coronary artery disease (CAD) is one of the most frequent reasons of mortality of the population in the developed countries of the world. Important factor of risk at CAD is the diabetes mellitus (DM). CAD in patients with DM type 2 meets by 2-4 times more often than among people of the same age without diabetes. The main reason of an invalidization and mortality in patients with DM type 2 are cardiovascular diseases in which development the leading value has CAD. It is necessary to notice that 3 of 4 patients with DM type 2 die of the reasons connected with atherosclerosis. One of pathogenetic mechanisms of atherosclerosis is generalized or chronic inflammation. One of new immune inflammation markers is pentraxin-3 (PTX-3) which is expressed excessively in endotelial and smooth muscle cells, monocytes and macrophages which are components of a vascular wall and an atherosclerotic plaque. Its role in atherosclerosis is still finally not found out.

Purpose: to estimate the nature of changes of pentraxin-3 level in patients with coronary artery disease depending on presence of diabetes mellitus type 2.

Materials and methods: we investigated one of new markers of immune inflammation – pentraxin-3. The comprehensive examination of 110 patients with CAD was conducted by us. Patients were distributed on groups depending on existence of DM type 2: to the first group (n = 75) patients with CAD and DM type 2 entered, the group of comparison was made by 35 patients with CAD without diabetes. To the control group 25 almost healthy faces entered.

Results: as a result of our researches possibly increase in the PTX-3 level in all patients with CAD in comparison with group of control is established. So, the PTX-3 level in control group was 1.18 ± 0.54 ng/ml that is 65.40% less, than at patients on CAD where the value of this indicator equaled 3.41 ± 0.68 ng/ml ($r < 0.05$).

At patients in conditions interfaced the course of CAD and DM type 2 the PTX-3 level is 80.14% higher, than at the people of control group and makes 5.94 ± 0.57 ng/ml ($r < 0.05$).

Comparative analysis, that was carried out, showed probable increase of the PTX- 3 level by 57.41% in patients with CAD on condition of existence of DM type 2 certifying activation incendiary to a marker of PTX-3 which can be considered as a interfaced current predictor.

Conclusions: thus, in patients with coronary artery disease with the accompanying diabetes mellitus type 2 there were established more higher levels to a pentraxin-3 (5.94 ± 0.57 ng/ml), than in patients without diabetes mellitus type 2 (3.41 ± 0.68 ng/ml) and control group (1.18 ± 0.54 ng/ml) that demonstrates activation of the immunoinflamative link.

FEATURES OF CARBOHYDRATE EXCHANGE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE IN THE PRESENCE OF ACCOMPANYING DIABETES MELITUS TYPE 2

Molotyagin D., Krapivko S.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Relevance: the diabetes mellitus (DM) is one of the leading medico-social problems of modern society that is caused by its high incidence and prevalence, frequent emergence of chronic micro- and makrovessel complications. Also DM is an important factor of risk of the coronary artery disease (CAD).

CAD in patients with DM type 2 meets in 2-4 times more often than among people of the same age without diabetes mellitus. The main reason for an invalidization and mortality in patients with DM are cardiovascular diseases in which development the leading value has CAD. It is necessary to notice that 3 of 4 patients with DM die of the reasons connected with atherosclerosis and in most cases (75%) – of CAD. Considering DM type 2 associations with changes of the carbohydrate profile, that is lead to increase in frequency of emergence of cardiovascular complications in patients with CAD, studying of features of carbohydrate exchange in patients with CAD in the presence of the accompanying DM type 2 was expedient.

Work purpose – to define features of carbohydrate exchange in patients with coronary artery disease in the presence of the accompanying diabetes mellitus type 2.

Materials and methods: we conducted comprehensive examination of 110 patients with CAD. Patients were distributed on groups depending on existence of DM type 2: to the first group 75 patients with CAD and DM type 2 entered, the group of comparison was made by 35 patients with CAD without diabetes mellitus. 25 almost healthy faces entered to the control group. For all patients there were conducted clinical examination for the purpose of carbohydrate exchange control: determination of glucose level on an empty stomach, insulin on an empty stomach, glucose haemoglobin and HOMA index.

Results: in group of patients with CAD in combination with DM type 2 glucose level on an empty stomach was 7.19 ± 0.31 mmol/l, and in group of patients with CAD without diabetes – 4.37 ± 0.08 mmol/l ($r < 0.05$). Insulin level on an empty stomach was 27.16 ± 0.48 mkOd/ml in patients of the first group and insulin level on an empty stomach in patients of the second – 8.32 ± 0.21 mkOd/ml was authentically higher ($r < 0.05$). In the first group great values of level of glucose haemoglobin, than in the second group – $10.42 \pm 0.28\%$ and $4.68 \pm 0.25\%$ respectively were noted ($r < 0.05$). When determining the HOMA index data about its reliable increase in patients of the first group (8.87 ± 0.71) in comparison with the second group were obtained (1.67 ± 0.25) ($r < 0.05$).

Conclusions: metabolic violations of a carbohydrate profile in patients with coronary artery disease and diabetes mellitus type 2 are shown by a hyperinsulinemiya, a hyperglycemia and increase in degree of insulin resistance.

**THE EFFECT OF BETA-BLOCKERS
ON FACTORS OF FIBROSIS IN PATIENTS
WITH CHRONIC HEART FAILURE ISCHEMIC HEART DISEASE
COMBINED WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2**

Narizhna A. V., Zalubovska O. I.

*Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine*

Introduction: according to the world literature of chronic heart failure (CHF) has a high percentage among population, and the mortality rate of patients with this pathology reaches ~ 20% in ischemic heart disease (IHD). An aggravating factor in this pathology plays a concomitant diabetes mellitus (DM) type 2.

Goal: the aim of the study is to evaluate the effectiveness as carvedilol and nebulae on proinflammatory markers in patients with CHF with ischemic heart disease combined with type 2 diabetes.

Materials: the study included 106 patients with CHF II – III functional class (FC) as a consequence of CHD, were treated at the cardiology Department of KZOZ "27 city clinical hospital" of CHC (mean age 65,13±8.66 years). The first group included 63 patients with CHF with type 2 diabetes, the second group – 42 patients with CHF in CHD without type 2 diabetes. From the study were excluded patients with acute coronary syndrome, acute myocardial infarction. Of the patients with CHF II FC had 70 patients, FC III – 36 patients. Among patients of the 1st group FC II CHF was diagnosed in 28 patients, III FC – 13. Patients 2 groups with CHF II FC determined in 42 patients, FC III – 23 patients.

The performance factor of fibrosis chemoattractants monocyte protein-1 (MCP-1) were determined by ELISA.

It is known that type 2 diabetes, and related disorders, shows significantly adverse influence on the course of CHF.

Results: in CKD patients with coronary artery disease in the presence of type 2 diabetes is defined by high activity factor of fibrosis MCP-1 simultaneously to the growth of FC. The use of beta-blockers in standard therapy in the treatment of patients with CHF and type 2 diabetes notes a decrease in proinflammatory activity as carvedilol and nebulae. However, a significant decrease of MCP-1 runano to the FC celebrates with the involvement carvedilol.

EFFECTS OF ANTIDIABETIC DRUGS ON CARDIAC ARRHYTHMIAS: LITERATURE REVIEW

Ostropolets Anna, * Ostropolets Sergiy

Columbia University, New York, USA,

**V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

Objective: type 2 diabetes mellitus is one of the most prevalent chronic disorders worldwide associated with cardiovascular complications. With the emerging evidence of protective effect of antidiabetic drugs on the risk of arrhythmias, a comprehensive review of such studies is lacking.

Methods: PubMed and Embase were searched up to May 2020 for the original papers within the past 10 years describing the effects of antidiabetic drugs on cardiac arrhythmias.

Results: eleven papers were included in the study, describing the studies from the USA, Taiwan and Denmark. Observational studies (7,70%) prevailed accompanied by three clinical trials. The studies focused on atrial fibrillation (AF) and no human studies on ventricular arrhythmias were found. Among the first-line therapy, metformin monotherapy users had a lower risk of AF compared to metformin non-users and other oral antidiabetic medications, independent of age, gender, co-morbidities and other medications. Both studies were limited to Taiwanese population, which could limit the generalizability of the findings. Among the second-line therapy, thiazolidinediones were shown to reduce the risk of incident and recurrent AF. A metanalysis of clinical trials and observational studies mainly concerned a comparison of thiazolidinediones users versus non-users or placebo, with only one study comparing thiazolidinediones with other antidiabetic medications. When compared to placebo or no antidiabetic drugs, pioglitazone was the only drug in this group to have a protective effect. When compared to other second-line medications, thiazolidinediones were associated with fewer new diagnoses of AF, albeit the effect was not prominent after adjusting for age, sex and comorbidities. A study based on the data from the DECLARE-TIMI 58 trial reported that dapagliflozin, a sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor, reduced the risk of AF and atrial flutter when compared to placebo. Finally, Liou et al. found that patients on insulin were at a higher risk for developing AF than non-users.

Conclusion: overall, metformin, pioglitazone and dapagliflozin were found to reduce the risk of atrial fibrillation. Rigorous studies comparing other second-line antidiabetic drugs are needed as well as studies on other types of cardiac arrhythmias.

MITOCHONDRIAL MEDICINE: MITOCHONDRIAL DNA (mtDNA) AS A PREDICTOR OF THE PATHOGENESIS OF THE DISEASES

Otchenashenko O. O.

Government Institution L. T. Malaya Therapy National Institute of NAMS of Ukraine

Introduction: despite numerous publications on mitochondrial DNA (mtDNA) in the last decade it remains to be seen whether mtDNA can be used clinically.

Objective of the study: to assess the role of mtDNA as a potential biomarker in the pathogenesis of diseases.

Materials and methods: studies were obtained by searching multiple electronic databases including focused on the analysis of data on the structure of mtDNA in health and disease: MITOLAB, MitoLSDB, HmtDB, mitoDB, mtDNAprofiler, HAPLOFIND.

Results: biomaterials for molecular genetic studies are: buccal epithelium, blood plasma and venous blood. Molecular genetic methods for studying mtDNA: Real-time PCR is used to study specific pathologies and new generation sequencing (NGS) methods are used to detect unknown mutations in mtDNA. The prevalence of mtDNA mutations in the European population is 1:5000. According to scientific studies, it has been established that the rate of mutation of mtDNA is about 10-17 times higher than that of nuclear DNA. Mutations in mtDNA lead to pathological changes in cellular processes: oxidative phosphorylation, imbalance in Ca^{2+} cells, defects in mitochondrial aminoacyl-transferring RNA (tRNA) synthetases, the main function of which is to combine mitochondrial tRNA with a related amino acid. Mitochondrial DNA mutations play an important role as a trigger for autophagy and apoptosis.

The mitochondrial genome can be used to establish maternal family ties, thanks to its maternal pattern of inheritance. Mutations in the mitochondrial genome have also been associated with diverse forms of human disease and aging. Mitochondrial mutations often lead to more pronounced phenotypes in tissues that have high energy demands, such as brain, retinal, skeletal muscle, and cardiac muscle tissues. A number of clinical syndromes are currently believed to be associated with mitochondrial disease: Pearson syndrome, Leigh syndrome, progressive external ophthalmoplegia, exercise-induced muscle pain, fatigue, and rhabdomyolysis. Mitochondrial mutations are also likely to contribute to a number of common clinical diseases. In particular, is diabetes, which is the most prevalent metabolic disease affecting humans, cardiovascular diseases, hypothyroidism and chronic obstructive pulmonary disease. It is also likely that mitochondrial mutations may predispose individuals to Alzheimer's disease and Parkinson's disease.

Circulating mitochondrial DNA is an important biomarker of mortality in critically ill patients.

Conclusion: thus, the foregoing determines the need for detailed studies of the dynamics of mtDNA during the development of pathological conditions, which in the future can contribute to the development of new diagnostic technologies for early detection and prognosis of various diseases.

ЗМІСТ

ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТІВ ФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК, ВИДІЛЕНИХ З АБРИКОСУ ЗВИЧАЙНОГО Андрєєва І. Д., Осолодченко Т. П., Завада Н. П., Пономаренко С. В.	3
ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ СПИРТОВИХ ЕКСТРАКТІВ CETRARIA ISLANDICA Андрєєва І. Д., Осолодченко Т. П., Завада Н. П., Рябова І. С.	4
ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Антонова І. В., Крахмалова О. О., Колеснікова О. М., Гетман О. А.	5
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПЕНТРАКСИНУ-3 В НЕІНВАЗИВНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ Бабак О. Я., Александрова Т. М.	6
БАЛОННА ДИЛАТАЦІЯ СФІНКТЕРНИХ УТВОРЕНЬ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ Бабій О. М., Шевченко Б. Ф., Пролом Н. В., Тарабаров С. О.	7
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, НИРКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОХИЛОГО ВІКУ Біловол О. М., Златкіна В. В., Ільченко І. А., Немцова В. Д.	8
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОРОНАРОГЕННОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З СЕРЕДНІМИ ЗНАЧЕННЯМИ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ПОХИЛОМУ ВІЦІ Бодрецька Л. А., Шаповаленко І. С., Войнаровська Г. П., Бутинець Ж. С.	9
МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ МІКРОРНК Бондар Т. М., Гальчінська В. Ю., Ченчик Т. О.	10
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСОНФОРЕЗА СУЛЬФАТА МАГНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Бондаренко С. В.	11
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ Бондаренко С. В., Амелин А. Ф.	12

ОЦІНКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА СУПУТНЄ ОЖИРІННЯ	
Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Романюк М. Г., Романюк Т. В., Глебова О. В.....	13
ПОРУШЕННЯ ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНADЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З УРАХУВАННЯМ ШТАМІВ	
Буздуган І. О., Гараздюк І. В.....	14
РОЛЬ КОМОРБІДНОСТІ ПАТОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ	
Буздуган І. О., Федів О. І.....	15
ЗМІНИ ДИНАМІКИ СИНТЕЗУ ЛЕЙКОТРИЄНІВ ТА АКТИВНОСТІ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ У КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Бурмак Ю. Г., Петров Є. Є., Іваницька Т. А.....	16
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АТЕРОГЕННОГО ІНДЕКСУ ПЛАЗМИ КРОВІ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ФАКТОРАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Валентинова І. А., Несен А. О., Шкапо В. Л.	17
ВИВЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, ЩО СПРИЯЮТЬ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ	
Васильсва О. О., Маркозова Л. М.....	18
ВИЗНАЧЕННЯ НУКЛЕАРНОГО АНТИГЕНУ ВІРУСУ ЕПШТЕЙН-БАРР ЯК ФАКТОРУ РИЗИКУ В ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ	
Вдовіченко Н. І., Коляда О. М., Скляр А. І.....	19
ВПЛИВ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФІБРИНОЛІТИЧНУ АКТИВНІСТЬ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНADЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З УРАХУВАННЯМ ТОКСИГЕННОСТІ ШТАМІВ	
Вівсянник В. В., Буздуган І. О.	20
НОВІ ПІДХОДИ ЩОДО КІНЕЗІОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРИТОМ	
Волошина О. Б., Балашова І. В., Дукова О. Р., Лисий І. С.....	21
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКУ В РІЗНОМУ ВІСІ	
Гайдар Ю. А., Милостива Д. Ф.....	22

МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОВОДОУ У ХВОРИХ НА АХАЛАЗІЮ КАРДІЇ	
Гайдар Ю. А., Пролом Н. В., Милостива Д. Ф.....	23
СТАН СЕКРЕЦІЇ ТА ТИСК СФІНКТЕРІВ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З КИЛОЮ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ	
Галінський О. О., Пролом Н. В., Тарабаров С. О., Руденко А. І.	24
ПІДГОТОВКА ЗРАЗКІВ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСНОВНИХ ФІЛОТИПІВ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ МЕТОДОМ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ (ПЛР)	
Гальчінська В. Ю., Бондар Т. М., Петеньова Л. Л.	25
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ В КАНДИДАТНИХ ГЕНЕТИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	
Гальчінська В. Ю., Щенявська О. М.	26
СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ УРАЖЕННІ ОРГАНІВ- МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ	
Гончаров О. В.....	27
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. БЕЛГОРОДА	
Гордиенко Ю. А., Рагимова Ф. А., Камышникова Л. А.	28
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФРАКЦІЇ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	
Гріднева О. В., Кравчун П. Г.	29
К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ	
Гуйда П. П.....	30
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УНИТИОЛА В РЕВМАТОЛОГИИ	
Гуйда П. П.....	31
СИНДРОМНАЯ ТЕРАПИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	
Гуйда П. П.....	32
ЧАСТОТА ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ	
Демешкіна Л. В., Петішко О. П., Бочаров Г. І., Ярош В. М., Васильєва І. О., Сімонова О. В.....	33

РІВЕНЬ РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ	
Демешкіна Л. В., Петішко О. П., Шевцова О. М., Птушкіна Д. О.....	34
МЕТАБОЛІЗМ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ	
Діденко В. І., Кленіна І. А., Зигало Е. В., Петішко О. П.....	35
ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ	
Діденко В. І., Кленіна І. А., Татарчук О. М., Коненко І. С., Меланіч С. Л., Петішко О. П., Ягмур В. Б., Косенко Л. В.	36
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФОСФОКРЕАТИНІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНО-АЛЕРГІЧНОГО МІОКАРДИТУ	
Добрянський Д. В., Дудка П. Ф., Іорданова Н. Х., Бондаренко Ю. М., Тарченко І. П., Вознюк В. В., * Дробака П. В.	37
ДОВГОТРИВАЛА АДАПТАЦІЯ ДО ГІПОКСІЇ В ЛІКУВАННІ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ	
Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Соколова Л. І., Бондаренко Ю. М., Вознюк В. В.....	38
ОКИСЛЕННЯ БІЛКОВИХ МОЛЕКУЛ ТА АРИТМОГЕННИЙ СИНДРОМ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ	
Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Тарченко І. П., Бондаренко Ю. М., Вознюк В. В.....	39
СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ	
Журавльова Л. В., Власенко А. В.....	40
АКТИВНІСТЬ ВАСПНА ТА TNF-α У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	
Журавльова Л. В., Пильов Д. І.	41
ВЛИЯНИЕ ЛИРАГЛУТИДА НА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ	
Журавлева Л. В., Сокольникова Н. В., Рогачева Т. А.	42
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ БІЛАРНИМИ РОЗЛАДАМИ Й НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ	
Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Грабовська О. І., Кленіна І. А.	43

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА ТА ВМІСТ ФЕКАЛЬНИХ КОРОТКОЛАНЦЮГОВИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ДІТЕЙ З БІЛІАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	
Завгородня Н. Ю., Татарчук О. М., Кленіна І. А., Грабовська О. І.	44
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИАРИТМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ, ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ З ПОРУШЕННЯМ СЕРЦЕВОГО РИТМУ	
Заїка І. В.	45
ВПЛИВ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ ФАКТОРА ВІЛЛЕБРАНДА У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Заїкіна Т. С., Кравчун П. Г., Леонідова В. І.	46
ВПЛИВ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ SCD40-ЛІГАНДУ ТА SVE-КАДГЕРИНУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Заїкіна Т. С., Семерова Н. Р., Ковтун Н. В.	47
АНАЛІЗ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З ВИКОРИСТАННЯМ НОВІТНІХ МЕТОДИК (PRECISE-ДІАГНОСТИКА)	
Зигало Е. В., Пролом Н. В.	48
ЗВ'ЯЗОК МІЖ ТЯЖКІСТЮ ДЕННОЇ СОНЛИВОСТІ, ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДІВ КРОВІ І АНТРОПОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
Ісаєва Г. С., Буряковська О. О.	49
ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОГО ГОЛОДУВАННЯ НА ФАКТОРИ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
Ісаєва Г. С., Матяшова Л. М.	50
ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ	
Кадикова О. І.	51
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	
Камышникова Л. А., Ефремова О. А., Халаимова О. А.	52

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПРАВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Капустник В. А., Костюк І. Ф., Меленевич А. Я.	53
ПРЕДИКТОРИ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ПОДАГРІ	
Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.	54
ТЕРАПЕВТИЧНІ ТАКТИКИ У ЛІКУВАННІ ІДІОПАТИЧНИХ ШЛУНОЧКОВИХ ПОРУШЕНЬ РИТМУ У МОЛОДИХ ОСІБ	
Катеренчук О. І.	55
ДИСБАЛАНС ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХЛОПЦІВ ІЗ ГІПОАНДРОГЕНІЄЮ	
Кашкалда Д. А., Косовцова Г. В., Сухова Л. Л., Турчіна С. І., Шарун К. В.	56
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТРЕСС-РЕГУЛИРУЮЩИХ СИСТЕМ У ПОДРОСТКОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	
Кашкалда Д. А., Рак Л. И.	57
РОЛЬ ІНДЕКСУ НОМА-ІR ДЛЯ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В.	58
ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ БІОХІМІЧНИХ ТА ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В ОЦІНЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ	
Кленіна І. А., Коненко І. С., Діденко В. І., Ягмур В. Б., Петішко О. П., Татарчук О. М., Меланіч С. Л.	59
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ НЕКЛАПАННОЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	
Коваль С. М., Рєзнік Л. А., Старченко Т. Г., Пенькова М. Ю., Конькова В. С.	60
ОСНОВНІ ФІЛОТИПИ МІКРОБІОТИ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ	
Коваль С. М., Снігурська І. О., Юшко К. О., Мисниченко О. В.	61
ЗВ'ЯЗОК ЦИРКУЛЮЮЧОЇ МІКРОРНК-133А З ПОКАЗНИКАМИ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ	
Коваль С. М., Юшко К. О., Снігурська І. О.	62

ДОВЖИНА ТЕЛОМЕР ЯК МАРКЕР БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОМІРНИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ Колеснікова О. В., Запровальна О. Є., Бондар Т. М., Потапенко А. В., Радченко А. О., Лавренко Т. А.	63
ЩОДО РЕЙТИНГОВОЇ СИСТЕМИ ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ РОБОТИ НАУКОВЦІВ Колеснікова О. В., Кулешова О. М.	64
ОЦІНКА БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ Колеснікова О. В., Радченко А. О.	65
ДІАГНОСТИКА ЖОРСТКОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇЇ ФІБРОЗНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ Коненко І. С., Діденко В. І., Татарчук О. М., Меланіч С. Л.	66
СТАН ТИРЕОІДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ Костюк І. Ф., Братусь В. Н., Бязрова В. В., Стебліна Н. П.	67
ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ FАВР-4 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗІ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ Котелюх М. Ю.	68
ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИЗНАЧЕННЯ ВАЛСАРТАНА І ТЕЛМІСАРТАНА ПАЦІЄНТАМ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Кошкіна М. В.	69
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПІВ ТРАНСМІТРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ Кошкіна М. В., Шапаренко О. В.	70
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ АДІПОКІНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ Кравчун П. Г., Кадикова О. І., Табаченко О. С., Шапаренко О. В.	71
ВПЛИВ СУЧАСНИХ ПРИСТРОЇВ ДЛЯ ПАЛІННЯ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПІДЛІТКІВ Кривенко Л. С., Тіщенко О. В.	72

ОЦІНКА БІОМАРКЕРУ КИШКОВОГО БАР'ЄРУ I-FABP ТА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
Криворучко І. А., Гончарова Н. М.....	73
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ВИРАЖЕНОСТІ СИМПТОМІВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНОМ	
Кузьменко Н. М., Яременко О. Б., Добрянський Д. В., Ільницький Р. І.	74
ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ВИЯВЛЕННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ТЛІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	
Кулініч Г. В., Гладких Ф. В., Севастьянова В. С.	75
ЦИРКУЛЮЮЧИЙ РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ З УРАЖЕННЯМ ШЛУНКУ ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	
Кушнір Л. Д., Вівсянник В. В.....	76
ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА HELICOBACTER PYLORI-АСОЦІЙОВАНУ ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ЯКА ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
Кушнір Л. Д., Гараздук І. В.	77
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	
Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Сімонова О. В., Коненко І. С., Шевцова О. М., Гончар Г. В., Бочаров Г. І.	78
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНАХ ШЛУНКА ПРИ ПОЄДНАННІ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА З УРАХУВАННЯМ ОЗНАК ВЕГЕТАТИВНИХ ЗМІН ЗА АНКЕТОЮ	
ВЕЙНА А. М. Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Шевцова О. М., Коненко І. С., Ярош В. М., Васильєва І. О.	79
ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ЛЕГКОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ	
Лекомцева Є. В.	80
ДИНАМІКА КОНЦЕНТРАЦІЇ ЦИТОКЕРАТИНУ-18 В ПЛАЗМІ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ НА СІМЕЙНУ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЮ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ТЛІ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ	
Мазніченко Є. О.....	81

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ В СТАНІ ВІДМІНИ З ОГЛЯДУ СВІТОВОГО ДОСВІДУ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	
Маркозова Л. М.	82
СУДОМИ В КЛІНІЦІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ХВОРИХ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ТА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЗАСАДІ СВІТОВОЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	
Маркозова Л. М.	83
АНАЛІЗ ПРОТОКОЛІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ	
Матковська Н. Р., Вірстюк Н. Г.	84
ДИНАМІКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В УКРАЇНІ	
Мельник В. М., Матусевич В. Г., Веселовський Л. В.	85
ДЕЯКІ ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ПРОФЕСІЙНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	
Мельник О. Г., Дюльдева Т. А., Кривенко М. С., Стебліна Н. П.	86
ОЦІНКА ВПЛИВУ ФАЗИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ НА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ЖІНОК	
Мигович В. В., Матвійків Н. І., Попадинець І. Р., Мигович Л. Д., Дрогомерецька О. І.	87
ХАРКІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ТОВАРИСТВО ТЕРАПЕВТІВ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА ВИДАТНІ ОСОБИСТОСТІ	
Милославський Д. К., Грідасова Л. М., Кулешова О. М.	88
АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ХАРАКТЕРОМ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ ТА ФАКТОРАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ	
Милославський Д. К., Снігурська І. О., Рєзнік Л. А., Божко В. В., Юшко К. О.	89
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ І ПРОГРЕСУВАННЯ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ	
Милостива Д. Ф., Діденко В. І., Гайдар Ю. А.	90
ОСОБЛИВОСТІ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Михайловська Н. С., Базун Є. І., Кулініч Т. О., Мікаєлян Г. Р.	91

ЗМІНИ РІВНІВ БІОМАРКЕРІВ КІСТКОВОГО ТА СУДИННОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ	
Михайловська Н. С., Стецюк І. О.	92
КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА АТЕРОТРОМБОЗУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Мінухіна Д. В., Бабаджан В. Д.	93
СОЧЕТАНИЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ С ОТДЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ	
Молотягина С. П., Гуйда П. П.	94
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА	
Молотягина С. П., Гуйда П. П.	95
АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА	
Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Петішко О. П., Шевцова О. М., Демешкіна Л. В.	96
РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКА ТА ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ	
Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Татарчук О. М., Петішко О. П., Шевцова О. М., Васильєва І. О.	97
ЧАСТОТА ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ	
Найдьонова О. В., Богатирьова Т. В., Афанасьєва Я. С.	98
ВПЛИВ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ НА ПРОФІБРОТИЧНІ МАРКЕРИ ТА ПАРАМЕТРИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ В ПОЄДНАННІ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Наріжна А. В., Ольховський Д. В.	99
ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС В ПІСЛЯІНФАРКТНОМУ ПЕРІОДІ	
Настіна О. М., Білий Д. О.	100

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ	
Несен А. О., Чернишов В. А., Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Резнікова О. І.....	101
СТРУКТУРА Й ДИНАМІКА ПОПУЛЯЦІЙНИХ ПОКАЗНИКІВ ЧИСЕЛЬНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ	
Несен А. О., Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Ярина Н. А.....	102
ВИКОРИСТАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ АМЛОДИПІН/ІНДАПАМІД ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	
Овчаренко Л. І.....	103
АНАЛІЗ РІВНЯ РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ГІПОТИРЕОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ	
Оленич Л. В., Радченко О. М.	104
ПЕРВИННИЙ МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ ЕКСТРАКТІВ ПОЛІФЕНОЛЬНИХ СПЛУК З ЛОЗИ ВИНОГРАДУ	
Осолодченко Т. П., Андрєєва І. Д., Завада Н. П., Рябова І. С.	105
ОЦЕНКА ИНДУЦИРОВАННЫХ МУТАГЕНОМ-ПРОВОКАТОРОМ МИТОМИЦИНОМ С АБЕРРАЦИЙ ХРОМОСОМ В ЛИМФОЦИТАХ ПОТОМКОВ, РОЖДЕННЫХ В СЕМЬЯХ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ	
Отченашенко А. А.....	106
ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ РОЗВИТКУ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ	
Пенькова М. Ю., Мисниченко О. В., Старченко Т. Г., Резнік Л. А.....	107
ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ ПІСЛЯ STEMI ЗАВДЯКИ НОВІЙ ОРИГІНАЛЬНІЙ ШКАЛІ	
Петюніна О. В., Копиця М. П., Вишневська І. Р., Гільова Я. В., Кутя І. М., Родіонова Ю. В.....	108
ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З АНГІНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ ТА ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЙОГО ТЕРАПІЇ	
Погорєлов В. М., Стебліна Н. П., Прохоренко В. Л.	109
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІСІЮ	
Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П., Павленко А. В.	110
ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТІВ RUBUS IDAEUS	
Пономаренко С. В., Андрєєва І. Д., Осолодченко Т. П., Штикер Л. Г.....	111

ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕКСТРАКТІВ ПАГОНІВ POPULUS SP Пономаренко С. В., Штикер Л. Г., Рябова І. С.	112
ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН ПІД ВПЛИВОМ ЕЛЕКТРОННИХ СИГАРЕТ Попова Т. М.	113
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ Потапенко М. С., Жеманюк С. П.	114
ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ДІЄВА СТРАТЕГІЯ В ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ ІХС Потяженко М. М., Настрога Т. В., Невойт Г. В., Кітура О. Є., Люлька Н. О.	115
СЕКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗОМ ВИХІДНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА ДО І ПІСЛЯ МІНІПІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ Пролом Н. В., Тарабаров С. О., Руденко А. І., Галінський О. О.	116
ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КИЛАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ Пролом Н. В., Шевченко Б. Ф., Бабій О. М., Поляк Н. В.	117
ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО РАЦІОНУ ТА РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Резнік Л. А., Коваль С. М., Милославський Д. К., Старченко Т. Г., Пенькова М. Ю.	118
ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА КОМОРБІДНОСТІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г.	119
ОБЩАЯ АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ГЛЮТАТИОНТРАНСФЕРАЗЫ И МИКРОСОМАЛЬНОЙ ЭПОКСИДГИДРОЛАЗЫ Самохина Л. М., Крахмалова Е. О., Токарева А. Ю., Гетман Е. А., Щенявская Е. Н., Гридасова Л. Н.	120
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН Самохина Л. М., Топчий И. И., Кириенко А. Н.	121

ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКЦІЇ БІЛКА КЛОТО У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ	
Семенових П. С., Топчий І. І., Гальчінська В. Ю., Щербань Т. Д., Савічева К. О.	122
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ-А У РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О.	123
ПРОТИЗАПАЛЬНІ ТА ГІПОЛІПІДЕМІЧНІ ЕФЕКТИ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ	
Серік С. А., Рябуха В. В., Сердобінська-Канівець Е. М., Ченчик Т. О.	124
ЦИРКУЛЮЮЧІ МІКРОРНК-27А, -221 ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ЛІПІДНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Рябуха В. В., Бондар Т. М.	125
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ПЕРЕБІГОМ, ЩО УСКЛАДНИВСЯ ІШЕМІЧНИМ ПІВКУЛЬНИМ ІНСУЛЬТОМ	
Сиволап В. В., Жеманюк С. П., Потапенко М. С.	126
ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ	
Сидоренко Г. В., Білий Д. О.	127
ВПЛИВ СОРТИЛІНЕМІЇ НА ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
Сипало А. О.	128
ОЦІНКА ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОСТІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Сипало А. О.	129
ЕНДОСКОПІЯ З РЕЖИМАМИ ЗБІЛЬШЕННЯ І ВУЗЬКОСПЕКТРАЛЬНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ КИШКОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА	
Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Гайдар Ю. А., Петішко О. П.	130

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНИХ І ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ Сімонова О. В., Стойкевич М. В.	131
ОДНОНУКЛЕОТИДНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ Т344С ГЕНУ АЛЬДОСТЕРОН- СИНТАЗИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ ТА ГІПЕРТЕНЗИВНИМ СЕРЦЕМ Снігурська І. О., Коваль С. М., Милославський Д. К., Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю., Щенявська О. М., Божко В. В.	132
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Снігурська І. О., Милославський Д. К., Божко В. В., Мисниченко О. В.	133
АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ФАКТОРІВ РИЗИКУ І АСИМПТОМНИХ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Снігурська І. О., Юшко К. О., Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю.	134
ФОРМУВАННЯ ДОВІРЧИХ ВІДНОСИН ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА Солдатенко І. О.	135
ДИНАМІКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ НА ТЛІ КОМБІНОВАНОГО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ Старченко Т. Г., Коваль С. М., Пенькова М. Ю., Рєзнік Л. А.	136
ДИНАМІКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА СТАТИНУ Старченко Т. Г., Пенькова М. Ю., Юшко К. О., Мисниченко О. В.	137
ВПЛИВ СПІРОНОЛАКТОНУ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНУ ПЕРЕБУДОВУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА РЕЗИСТЕНТНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Стахова А. П., Кондратюк В. Є.	138
ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІОКСИДОНІА ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАРОДОНТИТОМ Стебліна Н. П., Садовенко О. Л., Бязрова В. В., Хицан О. М.	139

ОСОБЛИВОСТІ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇЇ ФІБРОЗНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ	
Степанов Ю. М., Діденко В. І., Коненко І. С., Татарчук О. М., Меланіч С. Л., Петішко О. П.....	140
МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ АКТИВНОСТІ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ	
Степанов Ю. М., Псарьова І. В., Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В., Петішко О. П.	141
НОВИЙ БІОМАРКЕР В ПРОГНОЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST	
Стороженко Т. Є., Копиця М. П., Вишневська І. Р.	142
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ТИПІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ АДИПОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ	
Табаченко О. С., Єрмак О. С.....	143
АГРЕСИВНІ І ПРОТЕКТИВНІ ФАКТОРИ ШЛУНКОВОГО СОКУ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗОМ ШЛЮРІОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ	
Тарабаров С. О., Пролом Н. В., Бабій О. М.....	144
ЦИРКУЛЮЮЧІ ІМУННІ КОМПЛЕКСИ ТА ЛІПІДНИЙ МЕТАБОЛІЗМ У ПАЦІЄНТІВ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ	
Татарчук О. М., Кленіна І. А., Карачинова В. А., Стойкевич М. В., Федорова Н. С.	145
ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА ТА ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ	
Татарчук О. М., Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Петішко О. П., Демешкіна Л. В., Ярош В. М., Бочаров Г. І.....	146
ФАКТОР РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ І ТА РІВЕНЬ ЖОВЧНИХ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО	
Тимошенко Г. Ю., Журавльова Л. В.....	147
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	
Титаренко Н. В., Копица Н. П., Суманова И. А., Родионова Ю. Р., Кобец А. В., Кутя И. М., Юхновский А. Ю.	148

ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ ТА ЧАСТОТА СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ	
Тітова М. В., Татарчук О. М.	149
РОЛЬ КАРДІОТРОФІНУ-1 У РОЗВИТКУ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ	
Ткаченко М. О.	150
АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ЗВ'ЯЗОК З НАКОПИЧЕННЯМ ЖИРОВИХ ВІДКЛАДЕНЬ ЗА ДАНИМИ БІОІМПЕДАНСОМЕТРІЇ	
Ткаченко О. В., Серік С. А.	151
ПРИМЕНЕНИЯ СИРОПА ПЕКТОЛВАН Ц В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ	
Токарева А. Ю., Крахмалова Е. О.	152
ПРИМЕНЕНИЕ ФОРМОТЕРОЛА И ФЛЮТИКАЗОНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Токарева А. Ю., Крахмалова Е. О., Кулешова Е. М.	153
ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ТА СЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК	
Топчій І. І., Семенових П. С., Циганков О. І., Кірієнко О. М., Грідасова Л. М. ...	154
ПІЗНЯ ПНЕВМОНІЯ У ДИФДІАГНОСТИЦІ КОРУ ТА ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ	
Торяник І. І., Калініченко С. В., Мелентьєва Х. В., Мінухіна Д. В., Буряченко С. В., Попова Л. О., Журавель І. О.	155
МОРФОЛОГІЧНА КАРТИНА ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ. УСКЛАДНЕННЯ. ХВОРОБИ - СУПУТНИКИ	
Торяник І. І., Казмірчук В. В., Ольховський В. О., Іваннік В. Ю., Похил С. І., Прохоренко В. Л., Труфанов О. В.	156
НОВА ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ	
Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Гріднєв О. Є., Чернова В. М., Соломенцева Т. А., Нікіфорова Я. В., Курінна О. Г., Черелюк Н. І.	157

ЦИТОКЕРАТИН-18 ТА ЙОГО РОЛЬ В РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ	
Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А., Нікіфорова Я. В., Курінна О. Г., Шуть І. В., Гальчінська В. Ю.	158
ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
Фадєєнко Г. Д., Несен А. О.	159
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ ТА ВІСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ НА ТЛІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ КОРЕКЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	
Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.	160
СТАН КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ НА ТЛІ АСОЦІЙОВАНИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЗАХВОРЮВАНЬ	
Фадєєнко Г. Д., Черелюк Н. І., Гальчінська В. Ю.	161
ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
Хомазюк В. А., Шевчук С. Г.	162
ДІАГНОСТИЧНА ІНФОРМАТИВНІСТЬ ТКАНИННОЇ ІМПУЛЬСНОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ ТА СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ	
Хомич А. В., Чубукова В. М., Романенко С. В., Авакумова О. М.	163
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІАСТОЛІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ВАЖКОСТІ	
Циганков О. І., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Семенових П. С.	164
ЗМІНИ КІНЦЕВОГО СИСТОЛІЧНОГО РОЗМІРУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІЗНИХ ТИПІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ	
Шапаренко О. В., Боровик К. М., Єрмак О. С.	165
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ТИПІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ НА ПІДСТАВІ ВИЗНАЧЕННЯ КІНЦЕВОГО ДІАСТОЛІЧНОГО РОЗМІРУ СЕРЦЯ	
Шапаренко О. В., Майорова М. В.	166

ДИНАМІКА ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ	
Шаповал О. А., Скробач Н. В., Вишиванюк В. Ю., Петрина В. О.	167
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ	
Шевцова О. М., Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Бочаров Г. І., Птушкіна Д. О.	168
АСОЦІАЦІЇ ТРИГЛЦЕРИД-ГЛЮКОЗНОГО ІНДЕКСУ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ФАКТОРАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.	169
ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТУ SALIX SP	
Штикер Л. Г., Пономаренко С. В., Осолодченко Т. П.	170
ВПЛИВ НЕФРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВМІСТ VEGF В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕФРОПАТІЄЮ	
Щербань Т. Д., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Жуліна А. В.	171
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ ТА СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Щербиніна М. Б., Соловйова Н. Є., Усова А. Ю.	172
ОСОБЛИВОСТІ КОНЦЕНТРАЦІЇ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 23 ТА ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Якименко Ю. С., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Семенових П. С.	173
ІМУНОЛОГІЧНІ СУБТИПИ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ ТА ЇХ КЛІНІЧНІ АСОЦІАЦІЇ	
Яременко О. Б., Коляденко Д. І.	174
ПОКАЗНИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ІНСТИТУТУ ТЕРАПІЇ В РОБОТУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ ЗА 2019 РІК	
Ярина Н. А., Несен А. О.	175
ОСОБЛИВОСТІ РІВНІВ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ В СЕЧІ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ І В ЙОГО ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
Яцишин Р. І., Камінський В. Я.	176

ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАДРІБНОДИСПЕРСНОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДУ В БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З НЕЙТРОФІЛЬНИМ ТИПОМ ЗАПАЛЕННЯ Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Опімах С. Г., Гуменюк Г. Л., Галай Л. А.	177
ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Яшина Л. О., Назаренко К. В., Полянська М. О., Москаленко С. М., Зволь І. В., Власова Н. А.	178
ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE PATHOGENESIS OF NONALCOHOLIC STEATOLIVER DISEASE IN PATIENTS WITH OBESITY AND CHRONIC KIDNEY DISEASE Antoniv A. A.	179
PECULIARITIES OF HOMEOSTASIS OF CYTOKERATIN-18, HOMOCYSTEIN AND THEIR ROLE IN INTERACTIONS AND PROGRESSIVES OF NON- ALCOHOLIC LIVER DISEASE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE Antoniv A. A.	180
Q-MYOCARDIAL INFARCTION ON THE BACKGROUND OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA: PECULIARITIES OF COMPLICATIONS Chernykh M. O.	181
PECULIARITIES OF INVESTIGATION OF BLOOD GROUP TYPING Dielievska V. Yu., Borzova O. Yu.	182
ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF THE TENDENCIES OF THE MORTALITY RATES FROM ESOPHAGEAL CANCER IN THE EU COUNTRIES AND UKRAINE. RECOMMENDATIONS FOR THE NATIONAL PREVENTIVE ONCOLOGICAL DISEASES PROGRAMMES Nadiya Dubrovina, Ivica Gulášová, Jozef Babečka	183
FEATURES OF DAMAGE TO THE ESOPHAGUS IN PATIENTS WITH THE COMBINED COURSE OF GERD AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS Frolova-Romaniuk E. Yu., Zhelezniakova N. M., Karpenko I. I., Panchenko G. Yu.	184
PHYSICAL ASPECT OF TREATMENT OF AN ONCOLOGICAL PATIENT IN SPA INSTITUTION Ivica Gulášová, Nadežda Peterková Justhová, Mária Šrámková	185
VACCINATION AS ONE OF THE PREVENTIVE ACTION FOR HEALTH CHILDREN AND ADULTS IN THE COMMUNITY Ivica Gulášová, Nadežda Peterková Justhová, Ján Breza	186

PATHOLOGICAL FEATURES OF HEART FAILURE AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME	
Kamyshnikova L. A., Maryam Yusuf	187
HEMODYNAMIC CHARACTERISTICS OF THE LEFT VENTRICLE MYOCARDIAL CONTRACTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND DIABETES MELITUS 2 TYPE	
Koshkina M. V.....	188
NEW METHOD OF HEART FAILURE DIAGNOSTIC IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH COMORBIDANT OBESITY BACKGROUND BY INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1	
Martovytskyi D., Shelest O., Kovaleva Yu.....	189
ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE IMPACTS ON CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS	
Minukhina D. V.....	190
THE NATURE OF PENTRAXIN-3 LEVEL CHANGES IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND DIABETES MELITUS TYPE 2	
Molotyagin D., Kadikova O.....	191
FEATURES OF CARBOHYDRATE EXCHANGE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE IN THE PRESENCE OF ACCOMPANYING DIABETES MELITUS TYPE 2	
Molotyagin D., Krapivko S.....	192
THE EFFECT OF BETA-BLOCKERS ON FACTORS OF FIBROSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE ISCHEMIC HEART DISEASE COMBINED WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2	
Narizhna A. V., Zalubovska O. I.	193
EFFECTS OF ANTIDIABETIC DRUGS ON CARDIAC ARRYTHMIAS: LITERATURE REVIEW	
Ostropolets Anna, Ostropolets Sergiy	194
MITOCHONDRIAL MEDICINE: MITOCHONDRIAL DNA (mtDNA) AS A PREDICTOR OF THE PATHOGENESIS OF THE DISEASES	
Otchenashenko O. O.	195

Наукове видання

**“НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ:
КЛЮЧОВІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ТА
ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ”**

**Матеріали
наукового симпозиуму з міжнародною участю**

Українською, російською, англійською мовами

Відповідальний за випуск Грідасова Л. М.

Комп’ютерна верстка Федотова Т. А., Грідасова Л. М.

Виконавець

Адреса редколегії:

ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”

просп. Любові Малої, 2-а, м. Харків, 61039, Україна

E-mail: info@therapy.gov.ua, therapy@amnu.gov.ua

www.therapy.org.ua/uk

Підписано до друку 27.10.2020.

Формат 60x84 1/16. Ум. друк. арк. 1,86

Електронне наукове видання