



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

Матеріали науково-практичної
конференції з міжнародною участю, присвяченої до
100-річчя від дня народження академіка Л.Т. Малої

**“ЮВІЛЕЙНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ.
КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА:
ДОСВІД ТА НОВІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ”**

11-12 квітня 2019 року



Харків

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

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю, присвяченої 100-річчю
від дня народження академіка Л.Т. Малої

**“ЮВІЛЕЙНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ.
КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА:
ДОСВІД ТА НОВІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ”**

11-12 квітня 2019 року

Науковий медичний форум внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводяться у 2019 році, узгодженому в НАМН України та затвердженому МОЗ України, до розділу 4 – науково-практичні конференції під № 121.

Харків

УДК: 616.1/4-036-084(063)

Відповідальний редактор
Г. Д. Фадєєнко

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

Відповідальний секретар: Грідасова Л. М.

Ю 33 “Ювілейні терапевтичні читання. Клінічна та профілактична медицина: досвід та нові напрямки розвитку”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвячені 100-річчю від дня народження академіка Л. Т. Малої, 11-12 квітня 2019 р. /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2019. – 332 с.

У збірник включено тези доповідей, в яких висвітлено роль академіка Л. Т. Малої у становленні терапевтичної школи науковців, показано участь Інституту терапії в розробці основних положень профілактичної медицини, розглянуто питання профілактики неінфекційних захворювань та подальший розвиток наукових досліджень в сфері профілактики неінфекційних захворювань.

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

**РАСТИТЕЛЬНЫЙ ХОНДРОПРОТЕКТОР В ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**
**Абдуллаев А. Х., Алиахунова М. Ю., Турсунбаев А. К., Мирзаева Б. М.,
Асадов Н. З.**

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

Цель – оценка эффективности растительного хондропротектора в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата с включением.

Материалы и методы: больные (28) с дорсалгиями на фоне спондилоартроза и остеохондроза получали в течение 5-7 дней кеторолака трометамин, 10 мг (Кюпен форте, «SHAYANA FARM») по 1 таблетке 3 раза в день и растительный хондропротектор Артифарм («APOLLO PHARM MED») по 2 таблетке 4 раза в день, до еды, в течение 3-х месяцев. Проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования (общие и биохимические анализы, С-реактивный белок, рентген, при необходимости – магнитно-резонансную томографию или компьютерную томографию. Интенсивности боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты: преобладал вертеброгенный болевой синдром в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в ноги, с ограничением движений в позвоночнике, напряжением и болезненностью околопозвоночных мышц, остистых отростков, паравerteбральных точек. 65% пациентов оценили интенсивность боли по ВАШ как сильную и 35% – как умеренную, соответственно $76,2 \pm 5$ и $59,5 \pm 6$ мм. Под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных КТ, МРТ, рентген-денситометрии. Интенсивность боли по ВАШ через 7 дней у 85% снизилась до $25,2 \pm 5$ мм и у 15% до $33,7 \pm 7$ мм. У большинства больных восстановился объем движений и купировались боли. Значительное улучшение у 90%, положительная динамика выявлена у всех пациентов. Кюпен форте и Артифарм способствовали быстрому улучшению состояния больных, купированию боли и ускорению восстановления двигательной активности. Положительный клинический эффект достигался благодаря противовоспалительному действию Кюпен форте и многогранным свойствам Артифарм, в состав, которого, входят экстракты лекарственных растений, стимулирующих иммунитет и синтез коллагена, участвующих в синтезе костей и соединительной ткани и улучшающих кровоснабжение суставов и тканей.

Вывод: полученные результаты позволяют рекомендовать указанный комплекс (Кюпен форте и Артифарм) в лечении больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и дорсалгиями вертеброгенной этиологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Абдуллаев А. Х., Садыкова Г. А., Арипов Б. С., Турсунбаев А. К.,
Султанова Д. К.**

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,
Ташкентский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан*

Цель - изучить влияние некоторых медикаментозных и немедикаментозных методов на функциональные и биохимические показатели пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с ИБС на этапе реабилитации.

Материалы и методы: на фоне стандартного лечения больные I группы (22) занимались лечебной физической культурой (ЛФК), получали магнитотерапию, ультразвук и концентрированный искусственный солнечный свет; пациенты II группы (21) - дополнительно комбинированное муколитическое средство МАКСАЦ+Ц (ООО «Vitamore») по 1 таблетке 2-3 раза в день. Проводили необходимые клинико-инструментальные и лабораторные исследования.

Результаты: у всех больных отмечены благоприятные изменения в липидном спектре (уменьшение холестерина (X), триглицеридов и тенденция к повышению X липопротеидов высокой плотности). Такие же благоприятные изменения выявлены при изучении других биохимических показателей крови. Сравнительный анализ качественной характеристики и количества адгезированных тромбоцитов (их агрегации в зависимости от потенциальных тромбоцитарных тромбов), содержания фибриногена, состояния коронарного кровообращения, функции внешнего дыхания показал корреляцию изученных показателей с клиническим течением заболевания. После 5-6 процедур немедикаментозных методов выявлено улучшение изученных биохимических показателей и тромбоцитограммы. Наиболее благоприятные результаты получены у больных II-й группы, получавших дополнительно муколитик Максак+Ц, в состав которого входят ацетилцистеин, аскорбиновая кислота и пиридоксин.

Вывод: включение немедикаментозных методов лечения при ХОБЛ с сопутствующей коморбидной патологией значительно улучшает показатели свёртывания крови и липидного обмена, улучшает бронхиальную проходимость, выделение мокроты, а все в комплексе ускоряет процесс восстановления и предупреждает развитие грозных осложнений у данной категории больных.

О ФАКТОРАХ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

**Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х., Исхаков Ш. А., Узаков Ж. К.,
Азизов Ш. И., Раимкулова Н. Р., Каримова М. М., Иминова Д. А.**

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,
Ташкентский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан*

Цель - изучить некоторые противовоспалительные маркеры и липидный спектр у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию.

Материалы и методы: наблюдали 34 больных ИБС (средний возраст $53,4 \pm 7,2$ года), которым проведено проведение DES стентирование. До и после стентирования через 3 и 6 месяцев определяли общий холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ) и факторы воспаления (С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-6). Больные получали антиагрегантную терапию (аспирин и клопидогрел), статины, β -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента).

Результаты: состояние больных после стентирования значительно улучшилось, уменьшились/исчезли приступы стенокардии, повысилась толерантность к физической нагрузке и трудоспособность. Через 6 месяцев отмечено достоверное снижение уровней ОХС, ХСЛПНП, ТГ и увеличение ХСЛПВП. У больных ИБС с поражением 1 - 2 артерий отмечается усиление воспалительной реакции без его отрицательной динамики при осуществлении процедуры стентирования, а у некоторых пациентов - стабильная гиперфибриногенемия, что является серьезным фактором риска тромбоза стента, что должно учитываться при ведении этой категории пациентов. Проведение стентирования при повышенных показателях воспаления может приводить к нежелательным последствиям. Как известно, факторы воспаления и цитокины (ИЛ-1, ФНО-альфа, ИЛ-6) способствуют эндотелиальной дисфункции, а также апоптозу кардиомиоцитов и клеток стенок сосудов. При этом повреждение атеросклеротической бляшки в результате ее воспаления и разрыва с последующей агрегацией тромбоцитов является основным механизмом, приводящим к атеротромбозу и развитию осложнений. В раннем постоперационном периоде провоспалительные изменения в организме сохраняются, а при многососудистом поражении они прогрессируют. Эти неблагоприятные факторы вызывают осложнения стентирования в отдаленном периоде.

Вывод: у больных ИБС после стентирования коронарных артерий в раннем постоперационном периоде сохраняются, а при многососудистом поражении прогрессируют провоспалительные изменения в организме.

ПРОТИМІКРОБНА ВЗАЄМОДІЯ ПРИРОДНИХ МЕТАЛОПОРФІРИНІВ В КОМБІНАЦІЯХ З МОДИФІКОВАНИМИ АМІНОКИСЛОТАМИ СТОСОВНО ГРАМПЗИТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ

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

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

Пошук ліків, які не матимуть структурної подібності з вже існуючими антибіотиками, набувають все більшої актуальності. Дослідженнями останніх років вивчається антибактеріальна дія ряду металопорфіринів з модифікованими варіантами амінокислот.

Мета роботи – дослідження сукупного впливу природних металопорфіринів в комбінаціях з синтетичними похідними амінокислот щодо грампозитивних мікроорганізмів.

Матеріали та методи: дослідження взаємодії екстрактів з листя евкаліпту прутовидного та календули лікарської і синтетичних похідних лізину 6.1 та аргініну 7.1.5 виконано стосовно 17 штамів грампозитивних мікроорганізмів, а саме 2 штамів *Bacillus spp.*, 1 штаму *S. pneumonia* ATCC 49619 і 14 штамів *Staphylococcus spp.* Кількісна оцінка мікробіологічної ефективності комбінацій рослинних екстрактів з модифікованими амінокислотами виконана за методом «шахової дошки» у діапазоні концентрацій модифікованої амінокислоти та рослинного екстракту від 1/16 мінімальної інгібуючої концентрації (МІК) до 4 МІК. Визначення чутливості штамам мікроорганізмів до досліджуваних речовин проводили методом двократних серійних розведень. При обґрунтуванні висновку про посилення дії металопорфіринів в присутності синтетичних похідних амінокислот оцінювали індекс фракційної інгібуючої концентрації (ΣФІК). При ΣФІК до 0,5 ефект комбінації оцінювався як синергічний, при індексі ФІК від 0,51 до 1,0 - як аддитивний, від 1,01 до 4,0 – як нейтральний та антагоністичний - при індексі ФІК більше 4.

Результати та їх обговорення: встановлено синергічний ефект для комбінацій екстракту евкаліпту прутовидного та похідної лізину сполуки 6.1 щодо 41,2 % штамів грампозитивних мікроорганізмів та щодо 47,1 % – при комбінації евкаліпту з похідною аргініну сполукою 7.1.5. Більш ніж до половини штамів грампозитивних мікроорганізмів (52,9 %) виявився аддитивний ефект комбінацій екстракту евкаліпту прутовидного з модифікованими амінокислотами. Комбінації екстракту календули лікарської з модифікованими амінокислотами щодо грампозитивних мікроорганізмів були менш ефективними та найчастіше проявляли аддитивний ефект.

Висновок: доведено доцільність та експериментально обґрунтовано перспективність пошуку нових оригінальних протимікробних лікарських засобів на основі комбінацій похідних металопорфіринів з модифікованими варіантами амінокислот.

ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ ЩОДО ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ

Андрєєва І. Д., Осолодченко Т. П., Рябова І. С., Штикер Л. Г.

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

Все частіше фахівці звертаються до природних засобів лікування, зокрема до рослин, що володіють антибактеріальним ефектом та до біоструктурних речовин організму з активним та різноманітним впливом.

Мета роботи – визначення протимікробної активності синтетичних похідних лізину та аргініну щодо музейних та клінічних штамів грамнегативних мікроорганізмів.

Матеріали та методи: досліджено протимікробну активність 4 найактивніших за результатами первинного мікробіологічного скринінгу модифікованих амінокислот – похідних лізину сполук 6.3, 6.6 та похідних аргініну сполук 7.1.5 та 7.1.6 щодо 13 штамів грамнегативних мікроорганізмів. Усі речовини були синтезовані та охарактеризовані на кафедрі фармакогнозії НФАУ МОЗ України. У якості порівняння взяті відповідні природні амінокислоти. Із грамнегативних бактерій в досліджах використані: представник роду *Pseudomonas* (тест-штам *P. aeruginosa* ATCC 27853) та факультативно анаеробні грамнегативні палички різних родів родини *Enterobacteriaceae*, а саме *E. coli*, *S. enteritidis*, *Shigella spp.*, *K. pneumoniae*, *E. aerogenes*, *P. vulgaris*, *R. aquatilis*. Дослідження проведено за методом двократних серійних розведень на середовищі Мюллера-Хінтона. Визначались мінімальні інгібуючі та бактерицидні концентрації (МІК та МБ_цК).

Результати та їх обговорення: в результаті проведених досліджень встановлено, що дія модифікованих амінокислот щодо штаму *P. aeruginosa* ATCC 27853 проявлялася у концентраціях 15,6–62,5 мкг/мл. Високо або помірно чутливою до модифікованих амінокислот була переважна більшість досліджених штамів ентеробактерій. МІК синтетичних похідних амінокислот щодо *E. coli* ATCC 2592 – у межах 7,8–15,6 мкг/мл. Близькими за ступенем чутливості до модифікованих амінокислот виявились представники родів *Salmonella* та *Shigella* (МІК 15,6–31,25 мкг/мл). Відносно інших досліджених представників родини *Enterobacteriaceae*, а саме *E. aerogenes*, *K. pneumoniae*, *P. vulgaris* та *R. aquatilis*, усі досліджені модифіковані амінокислоти проявили меншу протимікробну активність (МІК та МБ_цК 31,25–62,5 мкг/мл).

Висновок: встановлено високу або помірну активність модифікованих амінокислот щодо грамнегативних мікроорганізмів – *P. aeruginosa* та 12 представників родини *Enterobacteriaceae*.

МОЛЕКУЛЯРНА АЛЕРГО-ДІАГНОСТИКА З ВИКОРИСТАННЯМ ОДНО- ТА БАГАТОКОМПОНЕНТНИХ МЕТОДІВ, МОЖЛИВОСТІ ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ

Бабаджан В. Д., *Амер Л. Б., *Асика І. А., *Москаленко Л. А.,
*Мороз А. М.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
**КНП «Міська клінічна лікарня №27» ХМР, Харків, Україна*

У даний час більшість товариств алергологів визнають необхідність раціонального тестування (in vitro і, з деякими обмеженнями, in vivo) як компонента «good allergy practice».

Методи діагностики in vivo мають високу чутливість і специфічність і часто є золотим стандартом при діагностиці алергічних захворювань. Однак постановка цих методів пов'язана з ризиком розвитку системних алергічних реакцій (анафілактичний шок), особливо при постановці провокаційних тестів, і потенційно може загрозувати життю хворого. Проведення діагностики in vivo допускається тільки в спеціалізованих лікувально-діагностичних установах.

Основний підхід до in vitro діагностики передбачає застосування сучасних лабораторних методів, що характеризуються високою стандартизованістю і відтворюваністю. Це важливо при встановленні діагнозу алергічного захворювання в ранньому дитинстві; диференціальній діагностиці алергічного/неалергічного захворювання; виборі раціональної тактики при лікуванні в окремих випадках (полінози, сенсibiliзація до алергенів домашніх тварин, харчових алергенів і ін.); проведенні алерген-специфічної імунотерапії.

З метою виявлення сенсibiliзації до певних алергенів використовують кількісні та напівкількісні методи, тест-системи UniCap, ІФА, імуноблот, алерген-мікроеррей (ISAC), алерген-макроеррей (ALEX).

Для виявлення медіаторів алергічного запалення, таких як гістамін, триптаза, лейкотрієни, простагландини, медіаторів еозинофілів (еозинофільний катіонний білок) використовують методи UniCap, ІФА.

Виявлення активації клітин-ефекторів гіперчутливості негайного типу (пізня фаза гіперчутливості негайного типу) досліджують продукцію лейкотрієнів і простагландинів методами CAST (FAST); встановлюють експресію маркерів активації клітин, проводять пряме виявлення антигенів CD63, CD203 при контакті алергена з антитілами, міченими флуорохромом методом проточної цитометрії.

Особливістю даних методів діагностики алергії in vitro, є можливість точного встановлення причинного алергену, визначення наявності перехресної алергії, неалергічного механізму, що дозволяє персоніфікувати підхід до лікування і домогтися значно більш високої його якості.

СИРОВАТКОВІ РІВНІ СК-18 ТА СТАДІЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Бабак О. Я., Лапшина К. А., Башкірова А. Д.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) є несприятливим варіантом розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), яка характеризується пошкодженням клітин печінки, запаленням і, як правило, розвитком фіброзу та гепатоцелюлярної карциноми.

Мета: визначити рівень цитокератину 18 (СК-18) у плазмі та стан фіброзу печінки у хворих НАЖХП в стадії НАСГ.

Матеріали та методи: обстежено 30 хворих на неалкогольних жирову хворобу печінки, яким було проведено клінічні, біохімічні та УЗД дослідження з приводу НАСГ та 20 практично здорових осіб. Групи були співставні за віком і статтю. Рівень СК-18 визначали в плазмі крові набором ELISA. Для оцінки стадії фіброзу печінки був проведений тест Fibromax (Biopredictive, Франція) для всіх пацієнтів з НАСГ.

Результати: сироваткові рівні СК-18 були значно вищими у пацієнтів з НАСГ, ніж в контрольній групі. Середній рівень СК-18 склав 313,91 Од/л (міжквартильний діапазон, 247,2 - 376,1) Од/л у пацієнтів з НАСГ та 99,6 (92,9; 115,5) Од/л. у пацієнтів групи контролю ($p < 0,001$). Аналіз рівнів СК-18 в залежності від стадії фіброзу печінки, згідно тесту Fibromax, виявив збільшення рівнів СК-18 зі збільшенням стадії фіброзу печінки. У хворих на стадію F0 СК-18 було $238,5 \pm 11,3$ Од/л, у пацієнтів із F1 - $262,3 \pm 10,8$ Од/л, середній результат у пацієнтів зі стадією F2-3 склав $346,8 \pm 20,6$ Од/л, різниця між групами статистично значуща ($p < 0,05$).

Висновок: сироваткові рівні СК-18 у пацієнтів з НАЖХП в стадії НАСГ були збільшені порівняно з показниками контрольної групи. Отримані дані відображають зростання рівнів СК-18 із збільшенням стадії фіброзу у пацієнтів з НАЖХП.

КРІОКОНСЕРВУВАННЯ ЯДРОВІСНИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ: АНТИОКСИДАНТ ГЛУТАТІОН ЯК ФАКТОР ЗНИЖЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ДМСО

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

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

Підвищення частоти застосування кордової крові (КК) в клінічній практиці зумовили необхідність створення її запасів і тривалого зберігання. Найбільш широко для кріоконсервування ядровісних клітин (ЯВК) КК використовується проникаючий кріопротектор диметилсульфоксид (ДМСО) у концентраціях 7,5÷10%. Проте окрім цитопротекторного впливу, ДМСО в великій концентрації має й токсичну дію, що може проявлятися, у першу чергу, збільшенням кількості активних форм кисню (АФК) в клітинах з подальшим розвитком патологічних незворотних процесів. Виходячи з цього, перспективним напрямком може бути додавання до середовища кріоконсервування антиоксидантів, які були б здатні «перехоплювати» вільні радикали та знижувати інтенсивність вільнорадикального окислення на всіх стадіях заморожування-відігрівання. Одним з таких антиоксидантів є глутатіон.

Метою даної роботи було визначення збереженості та життєздатності ядровісних клітин (ЯВК) кордової крові після кріоконсервування з кріопротектором ДМСО та глутатіоном.

Матеріали і методи: у роботі застосовували ДМСО у концентраціях 5%; 7,5% та 10% та антиоксидант глутатіон (1 та 3 мМ). Абсолютну кількість клітин підраховували в камері Горяєва. Збереженість клітин визначали як відсоток кількості клітин у досліджуваному зразку по відношенню до початкової їх кількості до будь-якого впливу. Життєздатність визначали за допомогою проточної цитофлуориметрії (FACS Calibur (BD, США)).

Результати: аналіз збереженості та життєздатності ЯВК показав, що після кріоконсервування з ДМСО відбувається зниження даних показників в усіх зразках. Внесення глутатіону в середовище кріоконсервування забезпечувало підвищення збереженості ЯВК після кріоконсервування до 90%, що говорить про значний вклад глутатіону у захист клітин від пошкоджуючих факторів кріоконсервування. Кількість життєздатних ЯВК підвищувалося на 20-25%. Слід відзначити, що життєздатність ЯВК після кріоконсервування в зразках із 5% ДМСО та глутатіоном була на рівні зразків із 7,5 або 10% ДМСО, до яких не додавали антиоксидант.

Висновки: таким чином використання глутатіону під час кріоконсервування ЯВК КК дозволяє знизити ефективну концентрацію ДМСО до 5%, що забезпечує зменшення токсичного ефекту на клітини. При цьому показники збереженості та життєздатності залишаються на рівні зразків, кріоконсервованих з 7,5 та 10% ДМСО без застосування антиоксидантів.

РІВЕНЬ ЦИТОГЕНЕТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ЛІМФОЦИТАХ КРОВІ ДІТЕЙ ІЗ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Багацька Н. В.

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

Мета: визначити рівень хромосомних аберацій (ХА) в лімфоцитах периферичної крові (ЛПК) хворих із тривожно-фобічними розладами (ТФР).

Матеріали і методи: цитогенетичний аналіз проведено у 36 хворих із ТФР, групи порівняння склали 33 хворих із депресивними розладами (ДР) та 50 здорових однолітків у віці 7-17 років. Статистичний аналіз проводився з використанням процесорів *Excel*, "*SPSS Statistics 17,0*".

Результати: цитогенетичний аналіз, проведений у хворих пробандів свідчив, що частота спонтанного рівня ХА в ЛПК хворих із ДР в 1,2 рази перевищувала частоту ХА у хворих із ТФР (6,19 на 100 метафазних клітин у хворих із ДР проти 5,31 на 100 клітин у хворих із ТФР, $p < 0,05$). У хворих із ТФР вірогідно рідше виявлялися аберації хроматидного типу ($p < 0,05$), серед яких превалювали одиночні ацентричні фрагменти ($p < 0,05$) порівняно з частотою цих порушень в ЛПК хворих із ТФР. В той же час частота спонтанного рівня ХА в ЛПК хворих із ТФР в 3,3 рази перевищувала частоту ХА у здорових пробандів. Отже, у хворих із ТФР та ДР спонтанна частота аберацій хроматидного і хромосомного типів значуще перевищувала спонтанну частоту цих порушень у здорових осіб з високим ступенем значущості. Серед аберацій хроматидного типу превалювали одиночні ацентричні фрагменти; серед аберацій хромосомного типу – парні ацентричні фрагменти. У 7-ми хворих із ТФР рееструвались дицентричні хромосоми, у двох – обміни, у 33-и хворих – парні фрагменти при повній відсутності цих структурних порушень хромосом у здорових однолітків. Стосовно причин виникнення підвищеного рівня хромосомних порушень при психічних розладах вважається, що в їх патогенезі вагому роль мають не стільки точкові мутації, скільки порушення функціонування усього геному, що приводить до глобальної дизрегуляції експресії нейрональних генів. Одним з таких явищ є переміщення мобільних елементів геному, які активізуються в процесі розвитку мозку людини. Отже, говорячи про причини хромосомної нестабільності при різних психічних захворюваннях, в тому числі й при ТФР, ДР, можна погодитися з гіпотезою, що однією із важливих причин дестабілізації геному є зміни в роботі системи підтримання стабільності геному – групи РНК-редагуючих білків AID/APOBEC.

Висновок: отже, частота спонтанного рівня ХА в лімфоцитах крові хворих із ТФР та ДР була вірогідно вищою за частоту ХА у здорових однолітків і мала більш виражені порушення структури хромосом.

СІМЕЙНЕ НАКОПИЧЕННЯ МУЛЬТИФАКТОРНИХ ХВОРОБ В РОДОВОДАХ ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Багацька Н. В., Глотка Л. І., Сухов В. А.

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

Мета: визначити сімейне накопичення мультифакторних хвороб в родоводах хворих дітей та підлітків обох статей із психічними захворюваннями.

Матеріали і методи: аналіз родоводів проведено в 51 сім'ї дітей та підлітків 7–18 років із тривожно-фобічними розладами (ТФР) та 43 сім'ях хворих із тривожно-депресивними розладами (ТДР). Збір матеріалу проведено за П. Харпером. Математичні розрахунки здійснювали за допомогою програм *Excel* та *Statistics SPSS 17.0*.

Результати: у 58,8 % сімей хворих із ТФР реєструвалася спадкова обтяженість щодо психічних захворювань (ПЗ). Вірогідно частіше у родичів I ступеня виявлялася психічна, неврологічна та ендокринна патологія порівняно з родичами II та III ступенів спорідненості ($p < 0,05$ – $p < 0,001$); хвороби травного тракту превалювали у родичів I порівняно з родичами III ($p < 0,05$) ступенів; онкологічна та серцево-судинна патологія з вірогідно меншою частотою реєструвалася у родичів I ступеня порівняно з родичами II та III ($p < 0,001$) ступенів спорідненості. У 74,4 % сімей пробандів із ТДР визначалася спадкова обтяженість щодо ПЗ. У родичів пробандів I ступеня значуще частіше реєструвалася психічна, неврологічна патологія та захворювання травного тракту порівняно з родичами II та III ступенів спорідненості ($p < 0,01$ – $p < 0,001$); онкопатологія та серцево-судинні хвороби з вірогідно меншою частотою реєструвалася у родичів I ступеня порівняно з родичами II та III ($p < 0,05$ – $p < 0,01$) ступенів спорідненості. При порівнянні частоти мультифакторної патології у родичів хворих із ТФР та ТДР встановили, що психічні, неврологічні та онкологічні захворювання у родичів I–III ступенів спорідненості в обох групах хворих реєструвалися практично з однаковою частотою. Ендокринна патологія вірогідно частіше виявлялася у родичів підлітків із ТФР I ступеня спорідненості ($p < 0,001$) порівняно з її частотою у родичів I ступеня однолітків із ТДР. У родичів II ступеня спорідненості хворих із ТФР частіше реєструвалися серцево-судинні та ендокринні захворювання ніж у родичів пробандів із ТДР ($p < 0,05$).

Висновок: таким чином, визначено сімейне накопичення мультифакторних хвороб в родоводах хворих із психічними розладами.

ПРОГНОСТИЧНІ ГЕНЕТИЧНІ ОЗНАКИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Багацька Н. В., Нефідова В. Є.

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

Мета: визначення прогностичної значущості генетичних ознак при остеоартрозі у дітей та підлітків.

Матеріали і методи: генеалогічний та цитогенетичний аналіз проведено у 100 підлітків 12-18 років, хворих на остеоартроз, загальноприйнятими методами. Статистичний аналіз даних проводився з використанням табличних процесорів *Excel*, "*SPSS Statistics 17,0*".

Результати: проведення генеалогічного аналізу дозволило встановити спадкову обтяженість щодо ревматичних захворювань у 79 % пробандів з остеоартрозом (ОА), з яких у 59 % хворих підлітків – до ОА. Причому успадкування патологічних ознак у ряду поколінь здійснювалося з однаковою частотою як по обох лініях одночасно (39 %), так і по материнській (39 %) лінії ізольовано, що перевищувало частоту успадкування ОА по батьківській (22 %) лінії. Згідно цитогенетичного аналізу, у 98 % хворих на ОА та 75 % здорових однолітків реєструвались порушення хромосомного апарату. Спонтанний рівень хромосомних аберацій (ХА) у хворих на ОА склав 5,59 %, що в три рази перевищувало їх рівень у здорових осіб (1,84%) за рахунок аберацій хромосомного типу (парні ацентричні фрагменти, кільцеві хромосоми, міжхромосомні обміни).

На підставі отриманих даних було виділено прогностичні ознаки з розрахунком прогностичного коефіцієнту (ПК) для виявлення осіб високого ризику до хромосомної нестабільності при ОА: наявність спадкової обтяженості щодо ревматичних хвороб (ПК = +5,2, Інф. = 3,2) і остеоартрозу (ПК = +1,5, Інф. = 0,3), збільшення частоти ХА від 3-5 % (ПК = +3,3, Інф. = 4,9) до 6 % і більше (ПК = +11,8; Інф. = 4,9). Апробація прогностичної таблиці на групі підлітків, хворих на ОА, дозволила встановити, що позитивний прогноз підтвердився у 18 хворих підлітків, що склало 72 %, невизначену відповідь отримано у 7 підлітків (28 %). Перевірка надійності прогностичних ознак на групі порівняння (хворі із захворюваннями суглобів, які не увійшли в основну групу) підтвердила позитивний прогноз у семи підлітків (58 %), невизначений – у п'яти (42 %). У середньому в обох групах хворих на ОА ефективність прогностичних ознак склала 68 %.

Висновок: таким чином, розроблена прогностична таблиця може використовуватися для виявлення осіб високого ризику до порушень хромосомного апарату у пробандів із ОА, що дозволить проводити у них своєчасні профілактичні заходи, які сприятимуть стабілізації їх геному.

ГЕПАТОТОКСИЧНІСТЬ ПРОТИПУХЛИННОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕТОД ЇЇ УСУНЕННЯ

Бардер Е. Г., Дудніченко О. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

У лікуванні онкологічних захворювань сучасна хіміотерапія з застосуванням цитотоксичних препаратів займає провідне місце. Майже всі хіміотерапевтичні препарати піддаються біотрансформації у печінці за допомогою мікосомальних оксигеназ, у результаті чого утворюються токсичні метаболіти, які викликають пошкодження гепатоцитів і розвиток гепатотоксичності. Особливу увагу в плані гепатотоксичності звертають на себе препарати цисплатин та оксаліплатин.

Численними експериментальними та клінічними дослідженнями доведено значущий ефект гепатопротекторів. З цією метою нами вперше було застосовано гепатопротектор Ліолів (Харків, Україна), який відноситься до класу ліпосомальних препаратів і являє собою композицію мембранного фосфоліпиду та координаційної сполуки алюмінію з мефенамовою кислотою. Гепатозахисна дія Ліоліва зумовлена інгібуванням процесів ПОЛ, підтримкою ендогенних антиоксидантних систем організму, стабілізацією структури печінки та мембран гепатоцитів. Препарат має виражені дезінтоксикаційні властивості, позитивно впливає на динаміку основних біохімічних показників функцій печінки, призводить до зменшення основних проявів цитолітичного, мезенхіально-запального та холестатичного синдромів.

Ми спостерігали 26 хворих на колоректальний рак II-III стадії, яким проводилась ад'ювантна поліхіміотерапія (АПХТ) у режимі FOLFOX (оксаліплатин, кальцію фолінат, флуороурацил). Перед кожним курсом визначались клінічні та біохімічні показники крові (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, білірубін, альбумін). В групі пацієнтів з профілактичним введенням препарату Ліолів на протязі трьох днів АПХТ проведена без редукцій доз хіміопрепаратів. При відсутності супровідної терапії 30% хворих потребували редукції доз та відтермінування курсів ХТ, що може провокувати рецидив захворювання.

Слід зазначити широкі перспективи застосування металево-ліпосомальної композиції у програмах супровідної терапії при хіміотерапії та актуальність цієї проблеми в онкології. Вирішення задачі усунення гепатотоксичності хіміотерапії дозволить значно підвищити якість життя пацієнтів у період лікування та реабілітації.

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПІДБОРУ АНТИОКСИДАНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУЖЕННЯ

Бездітко Т. В., Горбач Т. В., Щолок Т. С., Левченко А. П.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета дослідження: оцінити ефективність використання індивідуально підібраних антиоксидантів (АО) у комплексній терапії стабільної стенокардії напруження.

Матеріали та методи: було обстежено 50 хворих на стабільну стенокардію напруження у віці від 55 до 70 років, що знаходилися на лікуванні у терапевтичному відділенні Обласного клінічного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення м. Харкова. Хворі були розподілені на дві групи: перша група (1гр. n=20) отримували базисну терапію стабільної стенокардії напруження (антиагреганти, статини, нітрати, за необхідності, – бета-адреноблокатори); друга група (2 гр. n=30) отримувала базисну терапію стабільної стенокардії з введенням індивідуально підібраних АО. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. З метою індивідуального підбору АО застосовували визначення загальної антиоксидантної активності капілярної крові методом броматометричного титрування, вмісту пірувата та лактата у сироватці – спектрофотометричним методом. Ступінь гіпоксії оцінювали за вмістом 2,3 діфосфогліцерату (2,3 ДФГ) еритроцитів спектрофотометричним методом. Оцінку клінічної ефективності проведеного лікування здійснювали шляхом аналізу даних об'єктивного огляду, біохімічних показників, електрокардіографії (ЕКГ) та 6-хвилинного тесту.

Результати: проведене клінічне дослідження показало, що після лікування при застосуванні індивідуально підібраних АО визначали більш виражене покращення фази реполяризації на ЕКГ (зменшення глибини негативного зубці «Т» з 1,5мм до 0,2мм ($p < 0,05$) та зменшення кількості відведень з від'ємним «Т» з 2,6 до 0,4 ($p < 0,05$)), в той час, як на фоні базисної терапії без застосування АО ці показники суттєво не змінились. У випадку застосування індивідуально підібраних АО спостерігали значне зниження вмісту 2,3 ДФГ (тобто рівня гіпоксії) більш значне підвищення фізичної витривалості: за 6 хвилин ці пацієнти змогли подолати відстань у 1,6 рази більшу ніж до лікування комплексною терапією і тим самим підвищили свій результат з $285,72 \pm 21,84$ до $457,61 \pm 34,56$ м ($p < 0,02$). У випадку застосування виключно базисної терапії покращення було менш виражене: з $297,23 \pm 15,18$ до $387,22 \pm 24,05$ м ($p < 0,001$).

Висновок: результат проведеного клінічного дослідження показав доцільність включати до базисної терапії при лікуванні стабільної стенокардії індивідуально підібраних препаратів метаболічного ряду, які зменшують розвиток гіпоксії і підвищують фізичну витривалість.

ОЦІНКА ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА КОНТРОЛЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Бездітко Т. В., Єрмоєнко Г. В., Ілюха С. Е.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Головною метою лікування пацієнтів на бронхіальну астму (БА) - є досягнення контролю над захворюванням.

Мета дослідження: вивчити рівень контролю у хворих на бронхіальну астму з середньоважким перебігом і виявити фактори, що впливають на відсутність контролю.

Матеріали та методи: під нашим наглядом перебувало 85 хворих з середньоважким персистуючим перебігом на БА. Всі хворі заповнювали тест з контролю над астмою (АСТ™). Хворим проведено спірометрію, пікфлоуметрію, проба з 400 мг салбутамолу (для виявлення бронхіальної обструкції проба оцінювалася як позитивна при прирості показника ОФВ₁ більше 12% в порівнянні з вихідним). Хворим проведено ендоскопічні дослідження (ФГДС і бронхоскопія), ЕКГ, консультація отоларинголога, алергологічне обстеження – визначення загального IgE, специфічних алергенів sIgE. Оцінювалася ефективність базисної терапії і комплаєнтність пацієнтів. Всім хворим перевірена техніка інгаляції.

Результати: у 63(74,11%) хворих було діагностовано відсутність контролю над симптомами захворювання, ця група хворих в середньому за добу використовувала до 4,33±0,23 інгаляцій β₂-агоністів короткої дії. У 22(25,88%) хворих діагностовано частковий контроль над симптомами. Базисну терапію на бронхіальну астму отримували всі хворі, адекватна доза інгаляційних кортикостероїдів була тільки у 7(8,24%) хворих, комбінацію інгаляційних глюкокортикостероїдів в поєднанні з β₂-агоністами пролонгованої дії в одному інгаляторі, отримували 18 (21,18%) хворих.

Висновки: відсутність рівню контролю над симптомами бронхіальної астми відзначений у 100% досліджуваних хворих, що було пов'язано, на наш погляд, з нерегулярним прийомом базисних препаратів та супутньою патологією – алергічний риніт 45 (52,94%), ГЕРБ 28 (32,94%), ІХС 9 (10,58%), ожиріння 72 (84,70%) та тривалий анамнез захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ТА СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ НА ТЛІ СУПУТНИХ УРАЖЕНЬ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Безрук Т. О.

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

Мета: виявити та оцінити зміни стану імунної системи та системи антиоксидантного захисту у хворих на хронічний пієлонефрит із супутніми ураженнями гастродуоденальної і біліарної систем.

Матеріал і методи: обстежено 94 хворих на хронічний пієлонефрит (ХП) віком від 16 до 65 років: хворі на ХП із супутніми ураженнями шлунково-кишкового тракту (72 особи), хворі на ХП без супутніх уражень системи травлення (22 особи). Комплексне обстеження хворих включало клінічне та лабораторне обстеження, у т.ч. імунної системи та дослідження про- та антиоксидантних систем (ПОЛ та АОЗ) організму.

Результати: у хворих на ХП із супутніми ураженнями системи травлення спостерігається порушення імунного захисту I-II рівня (зниження рівня Т-активних лімфоцитів до $20,59 \pm 1,38$ % ($p < 0,05$), Т-хелперів до $19,26 \pm 1,19$ % ($p < 0,05$), імунорегуляторного індексу до $1,32 \pm 0,12$ ($p < 0,05$), підвищення рівня імуноглобуліну А до $4,12 \pm 0,32$ г/л ($p < 0,05$), імуноглобуліну G до $19,06 \pm 0,72$ г/л ($p < 0,05$), зростання кількості ЦК до $135,59 \pm 14,76$ ум.од. ($p < 0,05$), зниження фагоцитарного числа до $4,01 \pm 0,10$ % ($p < 0,05$), резерву бактерицидної активності до $9,67 \pm 0,33$ у. о. ($p < 0,05$)).

У хворих на ХП із супутніми ураженнями системи травлення спостерігається посилення процесів ПОЛ і зниження АОЗ (збільшення вмісту малонового діальдегіду до $17,14 \pm 0,62$ мкмоль/л ($p < 0,05$), дієнових кон'югат до $86,54 \pm 4,27$ мкмоль/л ($p < 0,05$), рівня окислювально-модифікованих білків сироватки крові до $79,83 \pm 4,54$ Е370/г білка плазми ($p < 0,05$) та зниження активності каталази до $132,9 \pm 4,19$ мкмоль/хв.гНв ($p < 0,05$), підвищення - глутатіопероксидази до $271,3 \pm 14,16$ нмоль/хв. гНв ($p < 0,05$) та церулоплазміну до $112,2 \pm 8,36$ Е/г білка плазми ($p < 0,05$)).

За даними епідеміологічного аналізу, ризик наявності зрушень імунної та антиоксидантної системи у хворих на ХП при приєднанні хронічної патології системи травлення збільшується у 1,5-2 рази.

Висновки: загострення ХП супроводжується значними змінами імунної системи, процесів вільнорадикального окислення ліпідів, окислювальної модифікації білків та антиоксидантного захисту в крові. Порушення імунної системи та процесів вільнорадикального окислення ліпідів, окислювальної модифікації білків та антиоксидантного захисту у хворих на ХП із супутніми ураженнями системи травлення є подібними, але більш вираженими ($p < 0,05$).

**ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**Беловол А. Н., Князькова И. И., *Тверетинов А. Б., *Цыганков А. И.,
*Несен А. А., *Мазий В. В., *Валентинова И. А.**

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

Цель: изучить параметры центральной гемодинамики, вариабельности сердечного ритма (ВРС) и функционального состояния почек у пациентов с ХСН и хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы. В исследование вошло 52 больных (средний возраст $66,7 \pm 3,2$) с признаками ХБП (основная группа) и 32 больных (средний возраст $65,8 \pm 3,1$) с ХСН без ХБП (группа сравнения). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Всем пациентам проводилась оценка клинического статуса, тест с 6-минутной ходьбой, эхокардиография с оценкой трансмитрального доплеровского кровотока (цифровая ультразвуковая система “Logic-5”, США), холтеровское мониторирование ЭКГ (“Diagnostic monitoring”, США). Функциональное состояние почек и верификацию наличия ХБП у пациентов с ХСН проводили в соответствии с современными классификациями (НОНР, 2012, К/DOQI, 2012). СКФ рассчитывали по формулам MDRD, СКD-EPI. Для определения протеинурии применяли диагностические тест-полоски ALBU PHAN (PLIVA-Lachema Diagnostika, Чешская Республика). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статпрограмм “STATISTICA 6,0”. Достоверность различий считалась при величине $p < 0,05$.

Результаты. Отмечено, что увеличение функционального класса ХСН сопровождалось значительным ($p < 0,05$) снижением СКФ по всем изучаемым формулам, что свидетельствовало о более тяжелом повреждении почек с увеличением тяжести ХСН. По данным теста с 6-минутной ходьбой у больных ХСН с ХБП наблюдалось достоверно ($p < 0,05$) большее снижение толерантности к физической нагрузке в сравнении с лицами без признаков ХБП. Корреляционный анализ временных показателей ВРС показал наличие корреляционной связи между фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) и SDNN ($r = 0,59$; $p < 0,05$). Выявлена отрицательная корреляция между SDNN и КСО ЛЖ ($r = -0,37$; $p < 0,05$) и рNN50 и ТЗСЛЖ ($r = -0,29$; $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с ХСН и ХБП отмечено ухудшение клинического статуса ХСН и прогрессирующее снижение толерантности к физической нагрузке. Изменения временных характеристик ВРС подтверждают снижение влияний вегетативной нервной системы на ССС при ХСН и ХБП, о чем свидетельствовало уменьшение парасимпатических влияний и преобладание симпатического тонууса, что сопровождалось более выраженной гипертрофией ЛЖ, снижением сократительной способности ЛЖ и диастолической дисфункцией ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОГО ПРИЕМА КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ, ОБОГАЩЕННЫХ ВИТАМИНАМИ И ПРОБИОТИКАМИ, НА ЧАСТОТУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Бережная Ю. А., Попов В. В.

АО Вимм-Билль-Данн Россия; НУЗ «Научный Клинический центр ОАО «РЖД», ФГБОУ ВО "МГУПП" г. Москва, Россия

Кисломолочные продукты в течение многих лет широко используются в питании многих народов мира и служат источником легкоусвояемых пищевых веществ.

Цель: оценить эффективность длительного приема кисломолочного продукта «Имунеле», обогащенного пробиотиками и витаминным комплексом, на частоту возникновения инфекций дыхательных путей (ИДП) и параметры иммунограммы (анализ в подгруппе) у здоровых взрослых в период повышенной заболеваемости инфекциями дыхательных путей.

Материалы и методы: многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое в параллельных группах проспективное исследование проводилось в 5 клинических центрах г. Москвы; в исследование были включены 730 добровольцев в возрасте от 18 до 45 лет. Общая продолжительность исследования составила 98 дней (прием ИП в течение 84 ± 2 дней и 14 дней последующего наблюдения). Все участники исследования принимали исследуемый продукт (ИП) два раза в день по 100 мл на протяжении $84 (\pm 2)$ дней в период, характерный для роста числа случаев заболевания ИДП. Оценка параметров эффективности в рамках исследования проводилась по следующим конечным точкам: частота инфекций дыхательных путей (ИДП) (основанная на числе зарегистрированных случаев), тяжесть и длительность симптомов ИДП.

ИП был обогащен *Lactobacillus Casei* и *Lactobacillus Rhamnosus* в продукте – не менее 10^6 КОЕ/г, а также витаминами: А – 105 мкг/100г, D3 – 1,5 мкг/100г, Е – 1,5 мкг/100г, В6 – 0,22 мг/100г, В9 – 30 мкг/100г, В12 – 0,3 мкг/100г. Плацебо представляло собой кисломолочный продукт ТМ Имунеле без обогащения.

Результаты. В ходе исследования было показано достоверное снижение числа случаев заболеваемости ИДП (в период, характерный повышенным уровнем заболеваемости ОРВИ) в группе, получавшей обогащенный продукт «Имунеле», значимо уменьшались выраженность симптомов и сократилась длительность течения ИДП.

Выводы: регулярный прием в течение $84 (\pm 2)$ дней кисломолочного продукта «Имунеле», обогащенного пробиотическими культурами *Lactobacillus Casei* и *Lactobacillus Rhamnosus* и витаминами А, D3, В6, В9 и В12, снижает частоту возникновения инфекций дыхательных путей, способствует укреплению иммунитета.

ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПІДВИЩЕНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ РИГІДНІСТЮ

Біловол О. М., Князькова І. І., *Несен А. О.

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

Вступ: лікування артеріальної гіпертензії (АГ) у молодих осіб є вельми складною проблемою, що зумовлює актуальність пошуку нових ефективних способів лікування.

Мета - підвищення ефективності лікування АГ у осіб молодого віку з підвищеною артеріальною ригідністю.

Матеріали та методи: у дослідження включено (n=118) хворих (середній вік $38,5 \pm 0,9$ років) - 49 жінок й 69 чоловіків з АГ 1 та 2 ступеня, яким антигіпертензивна терапія раніше не проводилась. Критерії включення: жінки й чоловіки у віці від 18 до 40 років з АГ 1 чи 2 ступеня без попередньої антигіпертензивної терапії; інформована згода пацієнта. Критерії виключення: вторинні форми АГ, професійні спортсмени, порушення ритму серця, функції нирок і печінки, ендокринна патологія. Група контролю (n=26) - практично здорові особи (11 жінок й 15 чоловіків; середній вік $38,3 \pm 0,5$ років). Добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) проводився за допомогою приладу «АВРМ-02» (Угорщина). Показники центрального аортального тиску й артеріальну жорсткість досліджували методом апланативної тонометрії на апараті «SphygmoCor-PVx», «AtCor Medical Pty Ltd» (Австралія). В динаміці дослідження застосовувались клініко-лабораторні, біохімічні та статистичні методи.

Результати: тривалість АГ - ($4,3 \pm 2,6$) років; 32,2 % - курили; абдомінальне ожиріння - 53,3 %; дисліпідемія - 29,7 %; метаболічний синдром - у 28,0 %. Після реєстрації вихідних даних було призначено: 1 група - лізиноприл 10-20 мг/добу, 2 група - амлодипін 5-10 мг/добу і 3 група - небіволол 5-10 мг/добу. Титрування й корекція доз препаратів проводилася при необхідності на 2-й й 4-му тижні дослідження до досягнення цільового рівня артеріального тиску (АТ) (менше 140/90 мм рт.ст.) Повторне дослідження проводили через 3 й 12 місяців лікування. Після проведеної терапії в усіх групах спостерігалась позитивна динаміка добових профілів АТ.

Висновки: зниження периферичного АТ до цільових значень не завжди супроводжується достатнім зниженням центрального аортального тиску, у зв'язку з чим доцільним є визначення в динаміці лікування показників жорсткості судин і центрального тиску.

**ВПЛИВ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ НА РІВНІ
НОВИХ БІОМАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
2 ТИПУ**

Більченко А. О.

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

Мета: вивчення впливу швидкості клубочкової фільтрації на рівень Галектіна-3 та Р-селектину у хворих з артеріальною гіпертензією у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи: ми спостерігали 121 пацієнта. Більшість обстежених становили чоловіки – 51,2% (62 особи), 48,8% (59 осіб) склали жінки. Вік хворих знаходився в діапазоні від 37 до 87 років і в середньому склав $64,6 \pm 10,6$ років. Пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу - 42,2% (51 особа), з яких 49% (25 осіб) склали жінки, 51% (26 осіб) становили чоловіки. Для кількісного визначення Р-селектину був використаний набір реагентів «Humans P-selectin Platinum ELISA». Мінімальна концентрація Р-селектину становила 0,2 нг/мл. Для кількісного визначення людського Галектіна-3 був використаний набір «Людський Галектін-3 Elisa». Мінімальна концентрація Галектіна-3 становила 0,12 нг/мл.

Результати: в групі обстежених хворих з верифікованою артеріальною гіпертензією середній рівень Галектіна-3 в плазмі становив $12,65 \pm 5,35$ нг/мл, Р-селектину $110,14 \pm 3,7$ нг/мл. При аналізі рівнів біомаркерів запалення в підгрупах хворих з наявністю або відсутністю супутнього цукрового діабету виявлено більш високі рівні Р-селектину в плазмі крові в підгрупі хворих з супутнім цукровим діабетом в порівнянні з підгрупою хворих з відсутністю ЦД ($114,08 \pm 36,1$ нг / мл і $106,6 \pm 37,93$ нг / мл). У той же час рівні Галектіна-3 в плазмі були нижчими в підгрупі хворих з супутнім цукровим діабетом в порівнянні з підгрупою хворих з відсутністю ЦД ($12,46 \pm 4,65$ та $12,83 \pm 5,95$ відповідно). Середня ШКФ склала $73,8 \pm 18,8$ мл/хв/1,73 м². Був виявлений достовірний взаємозв'язок між ШКФ та Р- селектином в групі хворих з наявністю супутнього цукрового діабету ($0,523$ ($p=0,026$)).

Висновки: швидкість клубочкової фільтрації впливала на рівень Р-селектину у хворих з артеріальною гіпертензією у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

О СЛУЧАЯХ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ

Бильченко О. С., Красовская Е. А., Химич Т. Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

К настоящему времени перечень лекарственных средств, способных вызвать лекарственно индуцированные интерстициальные поражения легких (ЛИИПЛ), чрезвычайно широк и включает около 700 препаратов. Легкие являются одной из наиболее частых мишеней лекарственных поражений, уступая по частоте лишь коже и пищеварительной системе. Высокий процент осложнений медикаментозного лечения обусловлен: повышенным приемом лечебных препаратов населением, широким распространением самолечения вследствие доступности лекарств, недостаточностью медицинской информации о побочных действиях лекарств, полипрагмазией. Основным диагностическим критерием ЛИИПЛ является временная зависимость между приемом ЛС и возникновением клинических проявлений.

Мы наблюдали 8 больных с ЛИИПЛ, диагностированным при КТ ОГК, которое проводилось в связи с предполагаемой у 3-х больных бронхокарциномой, у 3-х больных – затяжной пневмонией, у 2-х ХОЗЛ с лихорадкой. Все больные принимали не менее 3-х недель антибиотики разных групп. 4 больных принимали ингибиторы АПФ на протяжении длительного времени. На КТ: многофокусная инфильтрация легочной ткани, усиление, деформация, мелкоочаговая перестройка легочного рисунка с полиморфными очаговоподобными тенями с обеих сторон. Объективно: одышка, акроцианоз, над легкими хрипы, ЧД: 26 в мин, ЧСС: 100 в мин, ФВД: рестриктивный тип (ЖЕЛ: 41%, ОФВ1: 45%), на рентгенограмме: инфильтрация легочной ткани в нижних отделах. У 3-х больных бронхокарцинома исключена после проведения КТ с контрастированием. На КТ: многофокусная инфильтрация легочной ткани, усиление, деформация легочного рисунка. Объективно: одышка, акроцианоз, над легкими хрипы, ЧД: 26 в мин, ЧСС: 100 в мин, ФВД: рестриктивный тип (ЖЕЛ: 41%, ОФВ1: 45%), на рентгенограмме: инфильтрация легочной ткани в нижних отделах. У 3-х больных бронхокарцинома исключена после проведения КТ с контрастированием.

Таким образом, диагностические ошибки у больных с ЛИИПЛ составляют 75-80%, что обусловлено: малой осведомленностью врачей, недостаточной технической оснащенностью медицинских центров (КТ и ПЭТ), трудностями дифференциальной диагностики. Для диагностики ЛИИПЛ важно исключить все возможные причины интерстициального поражения легких. Диагноз зависит от хронологической зависимости между приемом препарата и развитием симптомов. Золотым фондом диагностики является биопсия.

HUMULUS LUPULUS L. НЕБЕЗПЕЧНИЙ ПРЕДСТАВНИК ФЛОРИ (НЕТРАДИЦІЙНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАСТОСУВАННЯ)

**Бобров М. С., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.,
Похил С. І., Прохоренко В. Л.**

Медичний університет, м. Кошице, Словаччина

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

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Медичний університет, м. Київ, Україна

Мета: узагальнити існуючий фактичний матеріал, дані за сучасними науково-теоретичними джерелами щодо фармакогностичних аспектів отруйних властивостей хмелю звичайного (*Humulus lupulus l.*).

Матеріал і методи: аналіз науково-теоретичних джерел, ретроспективні дослідження, фармакогностика.

Результати: сучасні фармакогнозія та фармакотерапія доволі широко намагаються застосовувати лікарські форми з екстрактами хмелю звичайного (*Humulus lupulus l.*). Застосовуються препарати екстракту хмелю вуглекислотного, спиртові витяжки, суха рослинна речовина, тощо. Поширеної реклами набувають мазеві/ гелеві препарати з компонентами хмелю. Доволі відомий своїми седативними, протизапальними, знеболюючими властивостями хміль активно виборює провідні місця на сучасному фармацевтичному ринку. Хміль знайомий фармакологам, лікарям та криміналістам своїми отруйними властивостями. Отруйність рослин зумовлена вмістом глікозидів, алкалоїдів, сапонінів, токсальбумінів, органічних речовин, ефірних олій. У окремих видів рослин концентрація токсичних речовин є на стільки високою, що попадання навіть незначної кількості цих рослин у організм людини стає критичним, з огляду на терміни та темпи розвитку системних розладів. У хмелю звичайного кількість отрути залежить від фази розвитку рослини, його віку, кліматичних умов, характеру ґрунтів та навіть ґрунтових вод. Найбільш отруйними є листя, жіночі паростки. У висушеному вигляді ці частини рослини менш отруйні, ніж свіжі. За умов пролонгованого збереження токсичність рослини спадає. М'ясо тварин, що померли у наслідок отруєння рослиною, певний час може зберігати токсичність. За віковим показниками, - отруєннями хмелем найбільш піддаються діти, що залишаються у сільській місцевості тимчасово без батьківського догляду. За даними ретроспективного аналізу, кримінальні отруєння хмелем у харківському регіоні не встановлені. Добре відомі професійні отруєння хмелем (per os) на виробництві (під час збору урожаю хмелю).

Висновок: характер та спосіб отруєнь пов'язані із пероральним (самолікування), респіраторним та перкутанним проникненням токсинів хмелю у організм.

ВЛИЯНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММИРОВАННОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Болтобаев С. А., Азизов С. В.

Наманганский государственный университет, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: изучения механизма влияния антистрессовая пластическая гимнастика (АПГ) на иммунологический статус больных находящейся на программированном гемодиализе (ПГД).

Материал и методы: под наблюдением находилось 40 больных с находящейся на ПГД в возрасте 20-60 лет. Из них 28 (70%) мужчин и 12 (30%) женщин. Давность заболевания от 4 года до 10 лет.

До и после лечения: - изучалось содержание СД3-лимфоцитов (Жондал), СД4 и СД8 (Моретта), СД19 (Е.Р.Кудрявцева) и G(IgG), A(IgA), M(IgM)-иммуноглобулинов (Манчини).

Всем больным назначена - базисная терапия и АПГ в течение 2 года. Основной частью АПГ являются вводная часть (разминка), массаж суставов и бег. Предусматривались постепенное увеличение объема материала и его расширение. Последовательно вводятся разделы: техника перемещений, упражнения на растягивание, танцевальные шаги с использованием музыки. Для разминки, перемещений и суставного массажа использовали фоновую музыку, не привлекающую внимания, учитывая ее влияние на психо-эмоциональную сферу. Для медленных танцевальных шагов подбирали спокойную ритмизованную музыку, способствующую более глубокому расслаблению. Ускоренные танцевальные шаги и бег проводили под музыку с четким определенным ритмом).

Результаты: до лечения выявлено T и B иммунодефицитное состояние.

После лечения отмечался достоверное повышение средних показателей клеточной соответственно: СД3-19,2%, 22,1%, 25,5%, 27,9% ($P<0,05$); СД4-24,3%, 25,8%, 28,5%, 31,4% ($P<0,01$); СД8-35,6% ($P<0,05$), 40,2%, 45,5%, 50,3% ($P<0,01$); СД19-70,2%, 81,6%, 91,4%, 99,3% ($P<0,001$) и достоверное снижение средних показателей гуморальной [IgA-23,5%, 20,3%, 19,8%, 18,6% ($P<0,05$); IgM-16,6%, 20,3%, 19,8%, 17,9% ($P<0,05$); IgG-2,5% ($P<0,05$), 34,8%, 45,4%, 50,7% ($P<0,01$)] иммунной защиты организма.

Выводы: таким образом, проведенных в комплексе лечебно-реабилитационных программ с АПГ оказывает иммунокорректирующий эффект. На фоне чего выявлено достоверная положительная динамика показателей иммунной защиты организма в реабилитации больных находящейся на программированном гемодиализе. Выявленная достоверная положительная динамика связано с применением в комплексе АПГ.

ВЛИЯНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММИРОВАННОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Болтобаев С. А., Газиев Н. Р.

Наманганский государственный университет, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: изучение механизма влияния антистрессовая пластическая гимнастика (АПГ) на липидный обмен в реабилитации больных находящейся на программированным гемодиализе (ПГД).

Материал и методы: под наблюдением находилось 40 больных находящейся на ПГД в возрасте 20-60 лет. Из них 28 (70%) мужчин и 12 (30%) женщин. Давность заболевания от 4 года до 10 лет.

До и после лечебно-реабилитационных программ: – изучалось содержание общей холестерин-ОХС (Илька), триглицериды-Тг, β -липопротеиды (ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП) и α -липопротеиды (ХС-ЛПВП (Брунштейн-Самай).

Всем больным назначена – базисная терапия и АПГ в течение 2 года. Основной часть АПГ являются вводная часть (разминка), массаж суставов и бег. Предусматривались постепенное увеличение объема материала и его расширение. Последовательно вводятся разделы: техника перемещений, упражнения на растягивание, танцевальные шаги с использованием музыки. Для разминки, перемещений и суставного массажа использовали фоновую музыку, не привлекающую внимания, учитывая ее влияние на психо-эмоциональную сферу. Для медленных танцевальных шагов подбирали спокойную ритмизованную музыку, способствующую более глубокому расслаблению. Ускоренные танцевальные шаги и бег проводили под музыку с четким определенным ритмом.

Результаты: до лечебно-реабилитационных программ выявлено гиперхолестеринемия и гиперлипидемия.

После лечебно-реабилитационных программ отмечался достоверное снижение соответственно: ОХС – 17,5%, 20,3%, 27,8%, 31,8% ($P<0,05$); Тг – 25,5%, 26,9%, 32,7%, 37,5% ($P<0,01$); ХС-ЛПОНП – 35,4%, 36,3%, 39,8%, 40,7% ($P<0,001$); ХС-ЛПНП – 20,9%, 26,1%, 36,5%, 39,8% ($P<0,01$) и достоверное повышение средних показателей α -липопротеидов то есть ХС-ЛПВП – 87,5%, 143,6%, 156,7%, 186,9% ($P<0,001$).

Выводы: таким образом, проведенных в комплексе лечебно-реабилитационных программ с АПГ оказывает гипохолестеринемический и гиполлипидемический эффект. На фоне чего выявлено достоверная положительная динамика показателей липидного спектра обмена в реабилитации больных находящейся на программированным гемодиализе. Выявленная достоверная положительная динамика связано с применением в комплексе АПГ.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Болтбоаев С. А., Мирзаев С.

Наманганский государственный университет, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: определить эффективность лечебная физическая культура (ЛФК) в клиническом лечении анемии у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Материал и методы: обследовано 60 больных ХГН в фазе активного воспаления, в возрасте $40,5 \pm 7,3$ лет, длительностью болезни 2–14 лет; мужчин 45 (75%), женщин 15 (25%).

Анализируются концентрация гемоглобина (ГГ, г/л), количество эритроцитов (ЭЦ $\times 10^{12}$), ретикулоцитов (РЦ %), цветовой показатель (ЦП) и содержанию сывороточного железа (СЖ мкм/л), сывороточного ферритина (СФ нг/л), общей железосвязывающей способностью сыворотки (ОЖСС %), насыщению трансферина железом (СТЖ %).

Результаты: у всех больных выявлена анемия, концентрация ГГ колебалась в среднем $84,7 \pm 6,5$, что соответствовало среднетяжелой степени анемии (ВОЗ). Количество ЭЦ было равно $3,4 \pm 0,02$, РЦ= $3,6 \pm 0,6$, ЦП= $0,7 \pm 0,02$. Показатели метаболического железа: снижение СЖ ($10,8 \pm 2,6$ vs $18,3 \pm 1,6$ у здоровых), ОЖСС ($44,9 \pm 5,3$ vs $62,5 \pm 7,5$), НТЖ ($23,5 \pm 3,8$ vs $33,2 \pm 3,1$) и повышение СФ ($120,7 \pm 8,5$ vs $49,3 \pm 6,1$). Разница «больные - здоровые» была достоверна для изучаемых параметров ($p < 0,05$).

Больные были разделены на 2 группы – основную группу (ОГ), $n=40$ и контрольную КГ, $n=20$. Больные ОГ принимали в составе комплексной терапии анемии препараты железа (согласно рекомендациям ВОЗ), перорально или парентерально (лечение продолжалось 10 дней) и ЛФК. Основной частью ЛФК являются вводная часть (разминка), массаж суставов и бег. Предусматривались постепенное увеличение объема материала и его расширение.

Больные КГ получали ту же терапию препаратами железа, но без применения ЛФК. Лечение было стандартизованным, с применением уроантисептиков и антибиотиков широкого спектра действия.

После лечения в ОГ концентрация ГГ повысилась до $102,3 \pm 4,2$, vs ГГ КГ= $89,8 \pm 3,5$; количество ЭЦ ОГ $3,8 \pm 0,06$, ЭЦ КГ $3,4 \pm 0,04$; РЦ ОГ $5,4 \pm 0,8$, vs РЦ КГ $3,3 \pm 0,1$, величина ЦП в ОГ $0,8 \pm 0,03$, в КГ ЦП не изменился, $\Delta=0$.

Выводы: таким образом после лечения анемия в ОГ соответствует анемии лёгкой степени (ГГ >100), в КГ анемия продолжала соответствовать среднетяжелой степени. Несмотря на усиленное лечение, анемия имела упорное течение, и без стимуляции организма улучшения процессов гемопоэза не происходило. Применение ЛФК в составе комплексной терапии оптимизировало процессы эритропоэза и уменьшило степень анемии у больных хроническим гломерулонефритом.

КОМБІНОВАНА ФІЗІОТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ

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

Харківська медична академія післядипломної освіти,

м. Харків, Україна

**КНП «МП №9» ХМР, м. Харків, Україна*

Мета: оптимізація лікування хронічних бронхітів.

Матеріали і методи: оскільки хронічний бронхіт є найбільш поширеним захворюванням легень, що приводить до втрати працездатності та має тенденцію до загострення, є необхідність у розробці нових, бажано немедикаментозних, методів його лікування. На відміну від медикаментозної терапії методи фізіотерапії не мають побічних ефектів, дозволяють у короткий термін досягти необхідного терапевтичного результату і тривалого періоду ремісії. Фізіотерапевтичні методики використовуються як самостійні способи лікування, так і досить ефективні в комплексному лікуванні.

З метою отримання швидкого терапевтичного ефекту при лікуванні хронічного бронхіту нами розроблена комбінована фізіотерапевтична методика, яка включає в себе одночасне застосування діадинамофорезу бішофіту та віброакустичного впливу.

Діадинамофорез бішофіту виконувався біполярно при трансторакальному розташуванні електродів у режимі «двотактний безперервний» протягом 15 – 20 хвилин. Віброакустичний вплив здійснювався у режимі 4 на міжлопаткову зону.

Така методика дозволяє отримати швидкий протизапальний ефект, сприяє зміцненню бронхіальної стінки, поліпшенню її трофіки, зменшенню бронхоспазму і відділенню мокротиння, підвищує загальну реактивність організму. Особливо треба відмітити бактерицидну дію діадинамічних струмів.

Дана комбінована фізіотерапія була застосована в лікуванні 39 хворих на хронічний бронхіт. Процедури проводилися щодня, курс лікування – 10 - 12 процедур.

Результати: в ході лікування у всіх хворих відзначалося спочатку зменшення, а потім і зникнення кашлю та хрипів у легенях, відзначалося збільшення виділення мокротиння.

Висновок: отримані результати дозволяють рекомендувати комбіновану фізіотерапію з використанням віброакустичної дії та діадинамофорезу бішофіту у лікуванні хворих на хронічний бронхіт.

ПАРАМЕТРИ АНТРОПОМЕТРІЇ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗКИ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ТА СТУПЕНЯ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Борзова-Коссе С. І., Борзова О. Ю.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета дослідження – аналіз антропометричних показників у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в залежності від наявності ожиріння та його ступеню.

Матеріали та методи: обстежено 95 хворих на ГІМ та ожиріння, яких було розподілено на 2 групи залежно від наявності або відсутності супутнього ожиріння. В якості контрольної групи було обстежено 15 практично здорових осіб.

Результати: дослідження антропометричних показників у хворих з ГІМ залежно від наявності або відсутності ожиріння виявило відмінності у вигляді вірогідного перевищення рівня індексу маси тіла (ІМТ) у хворих з ГІМ та ожирінням на 51,6 % ($p < 0,01$) у порівнянні з хворими без ожиріння. Рівень об'єму талії (ОТ) також був вище на 57,9 % при ГІМ та ожирінні при зіставленні з хворими на ГІМ без ожиріння ($p < 0,01$). За параметрами ОТ/ об'єму стегон (ОС) знайдено достовірні відмінності у вигляді його зростання у хворих з ГІМ та ожирінням на 36% порівняно з тими, хто не мав ожиріння ($p < 0,01$). У хворих з ГІМ та ожирінням 1 ст. при порівнянні з хворими з ГІМ, що не мали ожиріння, визначається вірогідне зростання на 54,5 % ($p < 0,01$). Подібні результати отримано при зіставленні рівня даного показника у хворих з ГІМ та ожирінням 2 ст. та хворими з ГІМ та нормальною масою тіла ($p < 0,01$). Рівень ОТ у хворих з ГІМ та ожирінням 1 ст. достовірно перевищував такий у хворих з ГІМ без ожиріння на 93,5 % ($p < 0,01$). Зіставлення даного параметра у хворих з ГІМ за наявності ожиріння 2 ст. чи нормальної маси тіла, виявлено вірогідні зміни ОТ у вигляді його збільшення на 41,4 % ($p < 0,01$) при ожирінні 2 ст. При порівнянні хворих з ГІМ та ожирінням 1 ст. за параметром ОТ/ОС з хворими з ГІМ без ожиріння спостерігалось зростання даного показника при ожирінні 1 ст. на 27,28 % ($p < 0,05$). Співставлення ОТ/ОС у хворих з ГІМ та ожирінням 2 ст. з тими, що мали нормальну масу тіла, визначило вірогідне його зростання на 24 % ($p < 0,01$), при ожирінні 2 ст.

Висновки: встановлено достовірні відмінності у вигляді зростання ІМТ при ожирінні 2 ст. у хворих з ГІМ у порівнянні з хворими з ожирінням 1 ст. Зіставлення ОТ показало, що у хворих з ГІМ та ожирінням 2 ст. рівень ОТ вірогідно перевищував такий при ожирінні 1 ст. ($p < 0,01$). За параметром ОТ/ОС визначається тенденція до зростання, що не досягала рівня вірогідності ($p = 0,05$) при порівнянні хворих з ГІМ та ожирінням 1 ст. чи 2 ст.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Борзова-Коссе С. І.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Серцево-судинні захворювання — найчастіша причина смертності та випадків госпіталізації у світі. Надлишкова маса тіла і ожиріння є відомими і поширеними у всьому світі факторами ризику виникнення серцево-судинних захворювань у населення в цілому. Поєднання гострого коронарного синдрому та ожиріння значно погіршує прогноз пацієнта, тому що воно є не тільки фактором ризику розвитку коронарної події, але і сприяє його прогресуванню і підвищенню смертності.

Мета дослідження - проаналізувати активність рівнів ліпідного спектру у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ), за наявності ожиріння.

Матеріали та методи: обстежено 86 хворих з ГІМ та ожирінням у віці від 42 до 74 років. В якості контрольної групи було обстежено 15 практично здорових людей. Хворих на ГІМ було розподілено на 2 групи залежно від наявності або відсутності супутнього ожиріння.

Результати: порівняння параметрів ліпідного профілю у хворих з ГІМ залежно від ступеня тяжкості ожиріння виявило що рівень загального холестерину (ЗХ) був вищим у хворих з ГІМ та ожирінням 1ст, ніж у хворих з нормальною масою тіла на 9,2 % ($p < 0,01$). Концентрація антиатерогенної фракції ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) достовірно не відрізнялась у хворих з ГІМ та ожирінням при зіставленні з хворими без ожиріння ($p > 0,05$). Аналіз рівнів тригліцеридів (ТГ) у групах хворих, що вивчаються, виявив відмінності у вигляді вірогідного зростання ТГ при ожирінні порівняно з нормальною масою тіла при ГІМ на 17,2 % ($p < 0,05$). Що стосується ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), концентрація даного маркера ліпідограми також зростала при ожирінні порівняно з хворими, що мали нормальну масу тіла при ГІМ, на 45,4 % ($p < 0,01$). Подібні результати отримано за параметром коефіцієнта атерогенності (КА), рівень якого при ожирінні достовірно перевищував такий у хворих без ожиріння при ГІМ ($p < 0,05$). За параметром ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) відмінностей отримано не було (різниця невірогідні, $p > 0,05$).

Висновки: таким чином за результатами нашого дослідження було встановлено достовірне зростання рівнів тригліцеридів, ліпопротеїдів високої щільності та коефіцієнту атерогенності у хворих з гострим інфарктом міокарда за наявності супутнього ожиріння у порівнянні з особами без ожиріння, що погіршувало перебіг та прогноз захворювання.

ЩОДО ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ПРАЦЮЮЧИХ В ШКІДЛИВИХ ТА НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВАХ

Боровик І. Г., Ткач С. І., Бандурян В. В., Захаров О. Г.,
Шаповаленко Н. Ю.

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
*КП «3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради», м. Полтава,
Україна*

Мета: уточнити проблемні аспекти щодо дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) у працюючих в шкідливих та небезпечних умовах.

Матеріали дослідження – медична документація, у тому числі протоколи дослідження ФЗД за результатами попередніх та періодичних медичних оглядів працівників, що проводилися у закладах охорони здоров'я Харкова, Херсона, Полтави, Черкас, Маріуполя, Лисичанська протягом 2013-2018 рр. Проведено експертну оцінку 89 протоколів спірометрії (С) стосовно їхньої відповідності чинним стандартам щодо С та коректності інтерпретації отриманих результатів.

Результати. З'ясовано правильність виконання обстежуваними дихального маневру форсованого видиху (ФВ) та проведено оцінювання результатів С щодо їхньої відтворюваності. У якості критеріїв коректного виконання дихального маневру ФВ використовували тривалість ФВ не менш 6 секунд та досягнення плато кривої об'єм-час, тобто протягом однієї секунди не змінювався видихуваний об'єм. Критерієм відтворюваності результатів тесту було отримання показників форсованої життєвої ємності легенів (ФЖЄЛ) у межах 5 % під час трьох маневрів ФВ. Якщо за підсумками дослідження ФЗД зазначені критерії не досягалися під час трьох маневрів ФВ, результати обстеження вважалися такими, що не підлягають інтерпретації. Коректність висновків за даними спірометрії визначали шляхом візуального оцінювання кривої потік-об'єм, порівняння кількісних показників ФЗД з належними величинами, зокрема, об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), ФЖЄЛ, життєвої ємності легенів (ЖЄЛ), а також відношення ОФВ₁/ФЖЄЛ.

За підсумками експертної оцінки протоколів спірометрії, під час дослідження ФЗД лікарі припускалися наступних помилок: недокладання максимальних зусиль при проведенні маневру ФВ (7,87%); відтерміноване (пізнє) докладання максимальних зусиль при проведенні маневру ФВ (6,74%); кашель під час проведення маневру ФВ (1,12%); неотримання відтворюваних результатів дослідження (38,20%); некоректні висновки щодо порушень ФЗД працівників (8,99%), непроведення тесту з бронходилататором у разі діагностики порушень вентиляції (2,25%).

Висновок: на сьогодні є певні проблеми як щодо проведення, так і оцінювання результатів дослідження ФЗД у працюючих в шкідливих та небезпечних умовах.

**АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ МІОКАРДІАЛЬНО-АРТЕРІАЛЬНОЇ
ЖОРСТКОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО
АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ**

**Боровик К. М., Кравчун П. Г., Риндіна Н. Г., Цівенко В. М.,
Сапричова Л. В.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити показники міокардіально-артеріальної жорсткості у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в залежності від наявності супутнього абдомінального ожиріння.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 105 пацієнтів на ГІМ, основну групу склали 75 хворих з супутнім ожирінням, групу порівняння – 30 хворих з індексом маси тіла $<30 \text{ кг/м}^2$. Хворі обох груп були співставні за віком та статтю. Ожиріння I ст. виявлено у 39 осіб, ожиріння II-III ст. – у 36 осіб. Ехокардіографічне (ЕхоКГ) дослідження проводили за стандартною методикою (Фейгенбаум Х., 1999) на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна).

Результати дослідження: за даними ЕхоКГ у хворих на ГІМ на тлі супутнього ожиріння знайдено достовірне зростання співвідношення E_a/E_s порівняно з хворими без ожиріння ($2,38 \pm 0,32$ проти $1,48 \pm 0,2$; $p < 0,05$). Рівень E_a виявив тенденцію до зростання, яка не досягала рівня вірогідності ($1,93 \pm 0,43$ проти $1,62 \pm 0,35$; $p = 0,06$), у хворих з ГІМ та ожирінням порівняно з тими, що не мали ожиріння. За параметрами E_s достовірних відмінностей виявлено не було при співставленні хворих на ГІМ з ожирінням та без нього ($p > 0,05$). Рівень E_s був вище, а E_a нижче у хворих з ГІМ та ожирінням при співставленні з контрольною групою ($p < 0,05$). E_a/E_s при ожирінні у хворих з ГІМ достовірно перевищував такий у групі контролю ($p < 0,05$).

Висновки: таким чином, наявність супутнього ожиріння у хворих на гострий інфаркт міокарда обумовлює збільшення параметрів, відповідальних за міокардіально-артеріальну жорсткість.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

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

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: проаналізувати параметри якості життя (ЯЖ) у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) на тлі супутнього ожиріння в залежності від наявності ускладнень.

Матеріали і методи дослідження: до дослідження було залучено 75 хворих на ГІМ з супутнім ожирінням, серед яких 32 особи мали ускладнений перебіг госпітального періоду ГІМ. Для оцінювання параметрів ЯЖ було застосовано опитувальник SF-36.

Результати дослідження: аналіз показників ЯЖ у хворих з ожирінням залежно від наявності ускладнень ГІМ у госпітальному періоді визначив зростання балів показників PF, GH на 32,1% та 30,8% відповідно ($p < 0,05$) та RP на 70,9% ($p < 0,01$) у хворих з неускладненим перебігом ГІМ, які відображають фізичний компонент здоров'я. Інтенсивність болю (BP) істотно не змінювалась при порівнянні хворих з ускладненим та неускладненим перебігом ГІМ у госпітальному періоді ($p > 0,05$). Параметри емоційного компоненту також виявили відмінності. Показники VT, SF, RE, MH у хворих з ускладненим перебігом ГІМ істотно перевищували за кількістю балів такі у хворих з неускладненим перебігом ГІМ при ожирінні на 24,4%, 25,7%, 55,8% та 39,4% відповідно ($p < 0,05$).

Висновки: отримані результати свідчать на користь виснаження фізичних ресурсів у хворих, які мали ускладнений перебіг госпітального періоду гострого інфаркту міокарда на тлі ожиріння, що негативно позначається на соціальному функціонуванні, життєвій активності та загальному стані здоров'я.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПРЕПАРАТІВ, ЩО СТИМУЛЮЮТЬ МЕТАБОЛІЗМ, НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СПЕРМАТОЗОЇДІВ ЩУРІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Бречка Н. М.

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

Відомо, що ДГПЗ спостерігається у 36 % чоловіків старше 50 років. Сучасні лікарські препарати хімічного синтезу мають високі показники ефективності лікування, і, як правило, при їх використанні зустрічаються побічні ефекти. Тому для сучасної медицини актуальним є пошук препаратів, які сприяють збереженню репродуктивної функції чоловіків і одночасно не мають побічних явищ та надають комплексну дію. Таким вимогам можуть відповідати лікарські засоби природного походження, препарати біогенних стимуляторів, що мають у своєму складі комплекс різних біологічно активних речовин, що забезпечують всебічний вплив на патогенез ДГПЗ.

Мета: вивчення показників морфофункціонального стану сперматогенезу при моделюванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) та корекція патологічного процесу водно-сольовим екстрактом плаценти.

Матеріали і методи: у статевозрілих щурів популяції Вістар викликали ДГПЗ внутрішньочеревним введенням сульфіриду в дозі 40 мг/кг маси тіла протягом 30 днів та проводили корекцію препаратом «Біоглобін-У» (виробництва компанії ЗАТ «Біолік», м. Харків) у дозі 200 мкл/кг з 30 по 51 добу. При цьому вивчалися показники спермограми у щурів.

Результати: після моделювання ДГПЗ відбувалися зниження андрогенної насиченості організму, а також погіршення функціонального стану зрілих сперматозоїдів, спостерігалось зниження концентрації сперматозоїдів та кількості їх рухливих форм в 2 рази, зменшення часу збереження рухливості сперматозоїдів в 1,7 рази порівняно з інтактними щурами. У тварин, які отримували препарат «Біоглобін-У» в лікувально-профілактичному режимі в умовах ДГПЗ відбувалося відновлення концентрації сперматозоїдів та часу збереження рухливості, а також підвищення рухливості спермій відносно ДГПЗ. Однак, ці показники не досягли рівня інтактного контролю. Таким чином, лікувально-профілактичне введення хондроїтину сульфату, при моделюванні патології репродуктивної системи в експерименті, обумовленої доброякісною гіперплазією простати, сприяє покращенню сперматогенної функції сім'яників.

Висновок: отримані результати можуть бути підставою для подальшого дослідження можливості застосування водно-сольового екстракту плаценти для корекції патологічних станів чоловічої репродуктивної системи з метою розробки та оптимізації допоміжних засобів корекції репродуктопатій, зокрема ДГПЗ.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ІМУННИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

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

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: з'ясувати особливості вмісту сироваткових цитокінів, молекулярного складу циркулюючих імунних комплексів та сполук середньомолекулярної маси в умовах коморбідного перебігу есенціальної гіпертензії і пептичної виразки дванадцятипалої кишки.

Матеріали і методи: було обстежено 68 хворих на контрольовану есенціальну гіпертензію (ЕГ) II стадії - 35 чоловіків та 33 жінки (середній вік – $44,3 \pm 2,8$ років), з котрих 35 хворих мали коморбідну пептичну виразку (ПВ) дванадцятипалої кишки (ДПК) (ремісія). Вміст у сироватці про- (TNF α , IL-1 β) та протизапального (IL-10) цитокінів (ЦК) вивчали імуноферментним методом, сполук середньомолекулярної маси (ССМ) – спектрофотометрично, циркулюючих імунних комплексів (ЦК) та їх фракцій - методом селективної преципітації.

Результати: отриманими даними з'ясовано суттєве підвищення вмісту сироваткових ЦК у хворих на коморбідний перебіг ЕГ, при цьому вміст прозапальних TNF α ($55,1 \pm 3,9$ пг/мл), IL-1 β ($25,3 \pm 2$, пг/мл) та протизапального IL-10 ($41,4 \pm 4,1$ пг/мл) порівняно із хворими на ізольований перебіг ЕГ був вищим, відповідно, у 1,4 ($p < 0,01$), 1,3 ($p < 0,01$) та 1,1 ($p > 0,05$) рази, що відбивалось на більш високих значеннях співвідношень TNF α /IL-10 та IL-1 β /IL-10 - у 1,28 та 1,19 рази відповідно. На відміну від хворих на ізольований перебіг ЕГ в умовах коморбідності відбувались певні зміни у молекулярному складі ЦК, а саме – зменшення у 2,2 рази фракції великомолекулярних ЦК ($0,79 \pm 0,05$ г/л; $p < 0,001$) та підвищення найбільш токсигенних середньомолекулярних (в 1,4 рази – до $1,41 \pm 0,08$ г/л; $p < 0,001$), дрібномолекулярних (в 1,3 рази – до $0,88 \pm 0,06$ г/л; $p < 0,01$) ЦК і, окрім того, спостерігалось підвищення вмісту ССМ – в 1,27 рази ($1,71 \pm 0,05$ г/л; $p < 0,001$).

Висновок: у хворих на есенціальну гіпертензію в умовах коморбідності із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки особливості змін вмісту ЦК та їх співвідношення є відображенням вектору домінування прозапальної активності сироватки крові. Означене супроводжується накопиченням найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій ЦК і ССМ, що відбиває наявність синдрому метаболічної інтоксикації.

ЗМІНИ МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ ЇЇ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ

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

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: вивчити зміни мікрогемоциркуляторного русла, рівню тканинної складової первинного гемостазу та антиоксидантного потенціалу сироватки крові у хворих на есенціальну гіпертензію із поєднаною пептичною виразкою дванадцятипалої кишки та приділити їх роль у механізмах формування коморбідної патології.

Матеріали і методи: обстежено 68 хворих на контрольовану есенціальну гіпертензію (ЕГ) - 35 чоловіків та 33 жінки (віком $44,3 \pm 2,8$ років), з котрих у 35 хворих мала місце коморбідна пептична виразка (ПВ) дванадцятипалої кишки (ДПК) (ремісія). Методом бульбарної біомікроскопії вивчали стан мікрогемоциркуляторного русла (МГЦР) із аналізом змін на периваскулярному ($I_{пв}$), васкулярному ($I_{в}$) та внутрішньоваскулярному ($I_{вв}$) рівнях і розрахунком індексу сумарних змін ($I_{сз}$). Тканинну складову первинного гемостазу (індукована ристоміцином агрегація тромбоцитів (ІРАТ) визначали спектрофотометрично; антиоксидантний потенціал сироватки крові (АПСК) вираховували як співвідношення між похідним від множення супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ) до малонового діальдегіду (МДА) (визначали спектрофотометрично).

Результати: з'ясовано, що у хворих із коморбідним перебігом ЕГ визначались більш суттєві зміни на всіх рівнях МГЦР і у порівнянні із хворими на ЕГ $I_{пв}$, $I_{в}$ та $I_{вв}$ були підвищені у 2,3, 1,44 та 3,1 рази відповідно, при цьому $I_{сз}$ перевищував такий у 1,95 рази ($p < 0,001$ у всіх випадках). Поряд із тим, відмічалось підвищення показника ІРАТ ($136,6 \pm 4,5\%$), що перевищувало дані хворих ізольованого перебігу ЕГ в 1,1 рази, а також спостерігалось зниження АПСК до $1363,8 \pm 22,3$ (1,65 рази; $p < 0,001$) внаслідок підвищення в 1,6 рази МДА ($p < 0,001$) та зниження вмісту СОД і КТ ($p > 0,05$). Окрім того, між показниками $I_{сз}$ та ІРАТ та АПСК було винайдено кореляційні зв'язки - прямий ($r = +0,465$) між $I_{сз}$ та ІРАТ та зворотній ($r = -0,467$) - між $I_{сз}$ та АПСК.

Висновок: за умов коморбідного перебігу есенціальної гіпертензії і пептичної виразки дванадцятипалої кишки спостерігаються більш значущі, ніж в умовах ізольованого перебігу есенціальної гіпертензії, порушення на всіх рівнях МГЦР. Зміни МГЦР відбуваються в умовах оксидативного стресу (АПСК), супроводжуються підвищеним ризиком тромбогенезу (ІРАТ), а знайдені між ними зв'язки підкреслюють їх спільність у механізмах формуванні коморбідної патології.

ВПЛИВ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ДОВГОСТРОКОВИЙ ПРОГНОЗ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Вакалюк І. І., Вірстюк Н. Г.

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

Мета: оцінити довгостроковий прогноз у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС), що поєднана з неалкогольною жировою хворобою печінки на стадії неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) за кумулятивними частками виживання залежно від величини SYNTAX Score (SS) II.

Матеріали та методи: об'єктом дослідження стали 114 хворих (середній вік $53,7 \pm 5,9$ років) на стабільну ІХС, яким у гострому періоді інфаркту міокарда було проведено стентування коронарних артерій. Залежно від наявності НАСГ всі хворі були поділені на дві групи: I група – пацієнти на стабільну ІХС без НАСГ ($n=90$); II група – хворі з поєднаним перебігом стабільної ІХС і НАСГ ($n=24$). Залежно від величини SS II у кожній групі виокремлювали хворих із SS II <29 балів (підгрупа А) та SS II ≥ 29 балів (підгрупа Б). Усім хворим було проведено загальноклінічне обстеження, електрокардіографію, ехокардіографію, коронарографію з розрахунком SS II, ультразвукове дослідження печінки, еластометрію печінки, оцінку функціонального стану печінки.

Результати: встановлено менш сприятливий перебіг ІХС за кількістю негативних подій, що виникали впродовж дворічного спостереження при SS II ≥ 29 балів у хворих із НАСГ. Зокрема, повторний інфаркт міокарда виникав у 9 (60,0%) хворих ІА групи порівняно з 4 (6,5%) хворими ІА групи ($p < 0,05$) та у 6 (66,7%) хворих ІБ групи порівняно з 7 (25,0%) хворими ІБ групи ($p < 0,05$); повторна реваскуляризація - у 4 (26,7%) хворих ІА групи порівняно з 1 (1,6%) хворими ІА групи ($p < 0,05$) та у 6 (66,7%) хворих ІБ групи порівняно з 2 (7,1%) хворими ІБ групи ($p < 0,05$); смерть від серцево-судинних причин - у 2 (13,3%) хворих ІА групи та у 3 (33,3%) хворих ІБ групи і не мала місце у пацієнтів I групи. Кумулятивна частка виживання при повторному інфаркті міокарда складала 100,0% в ІА групі порівняно з 78,6% у ІА групі ($p < 0,05$) та 100,0% в ІБ групі порівняно з 60,0% у ІБ групі ($p < 0,05$); при повторній реваскуляризації - 98,4% в ІА групі порівняно з 71,8% у ІА групі ($p < 0,05$) та 85,8% в ІБ групі порівняно з 31,8% у ІБ групі ($p < 0,05$).

Висновки: прогноз хворих на стабільну ІХС, яким було проведено стентування коронарних артерій залежить не тільки від величини SS II, але й від наявності та перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки і є найбільш прогностично несприятливим при поєднанні SS II ≥ 29 балів і НАСГ. Реваскуляризація міокарда забезпечує більш сприятливий перебіг ІХС, що виявляється у меншій кількості негативних серцево-судинних подій впродовж дворічного періоду спостереження.

ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ДЕКОМПЕНСОВАНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПОСТІНФАРКТНОМУ ПЕРІОДІ

Вакалюк І. П., Левандовська Х. В.

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

Попри досягнення останніх років у вивченні патогенезу та оптимізації лікувально-діагностичних підходів, гострий інфаркт міокарду (ІМ) та його наслідки залишається однією з основних причин втрати працездатності, інвалідації та смертності населення. Декомпенсація серцевої недостатності (СН) у хворих, що перенесли ІМ є одним з найбільш прогностично несприятливих патологічних станів, який потребує постійного диспансерного нагляду з метою прогнозування перебігу даного стану.

Мета роботи: вивчення геометрії скорочення лівого шлуночка (ЛШ) та показників систолічної та діастолічної дисфункції серця з метою визначення механізмів появи декомпенсованої СН в постінфарктному періоді.

Матеріали та методи: ехокардіографічне обстеження було проведено у 160 хворих з перенесеним ІМ, за допомогою ехокардіографу «CARIS PLUS» («Biomedice», Італія) з секторальними датчиками 2,5 і 3,5 МГц в М- та В-режимах по стандартній методиці. Середній вік пацієнтів склав ($56,67 \pm 5,72$) роки. Хворих рандомізовано в 2 групи, залежно від наявності ознак декомпенсованої хронічної СН II А-Б стадії за класифікацією В. Х. Василенка та М. Д. Стражеска III-IV ФК (за NYHA). I, основна, група складалась з 120 хворих з перенесеним Q-QS та не Q ІМ, II група (контрольна) = 40 пацієнтів із перенесеним ІМ без ознак декомпенсованої СН.

Результати: серед гемодинамічних показників у хворих з декомпенсованою СН заслуговує увагу чітке зниження ФВ ЛШ, що становило ($39,8 \pm 7,79$) % ($p < 0,05$) у хворих з ознаками декомпенсованої СН у порівнянні з групою з відсутністю декомпенсації СН в постінфарктному періоді, де даний показник становив ($51,23 \pm 3,25$) % ($p < 0,05$). КДО у групі хворих з декомпенсованою СН становив ($167,6 \pm 45,43$) мл ($p < 0,05$), що було достовірно вищим порівняно з групою хворих без декомпенсованої СН ($131,03 \pm 20,25$) мл ($p < 0,05$). Також спостерігалась тенденція до збільшення товщини задньої стінки ЛШ, у хворих основної групи, вона становила в систолу ($1,43 \pm 0,28$) см та діастолу ($1,19 \pm 0,23$) см відповідно та товщина міжшлуночкової перегородки, показник якої становив в систолу ($1,13 \pm 0,19$) см та ($1,24 \pm 0,28$) см, що свідчить про систолічну дисфункцію ЛШ, а також ремоделювання міокарда.

Висновки: описані зміни гемодинаміки у пацієнтів з перенесеним ІМ, ускладненим декомпенсованою СН, служили предикторами її появи та відображали важкість перебігу в ранньому та пізньому постінфарктному періоді.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Валентинова И. А., Несен А. А., Шкапо В. Л.

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

Цель исследования: определить метаболические факторы риска у мужчин и женщин, проходивших лечение в стационаре.

Материалы и методы: обследовано 308 пациент с коморбидной патологией; средний возраст ($52,4 \pm 7,6$) лет. По гендерным признакам больные были разделены на мужчин 161 (52%) и женщин 147 (48%). Анализировались клинико-anamnestические, антропометрические (окружность талии (ОТ) и индекс массы тела (ИМТ)), гемодинамические (уровень артериального давления (АД)), биохимические (углеводный и липидный профиль, уровень мочевого кислоты), показатели.

Результаты: в процессе исследования выявлено: частота встречаемости избыточной массы тела (Индекс массы тела (ИМТ) 25-30 кг/м²) отмечалась у 63 (39%) мужчин и 60 (41%) женщин. Ожирение (ИМТ >30 кг/м²) выявлено у 61 (38%) мужчин и 54 (37%) женщин. При анализе нарушений углеводного обмена отмечалось наличие сахарного диабета (СД) 2 типа у 37 (23%) мужчин и у 27 (18%) женщин. Гипергликемия натощак (ГГТ) выявлена у 37 (25%) женщин и 37 (23%) мужчин. Нарушение толерантности к глюкозе регистрировалось у 28 (19%) женщин и 26 (16%) мужчин. Анализируя показатели липидного обмена, отмечается повышение средних значений общего холестерина (ОХС), у женщин в 56% случаев, у мужчин в 39%, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) у женщин 52%, у мужчин 32%. Повышение уровня триглицеридов (ТГ) отмечалось у 32% женщин и 31% мужчин. Снижение липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) регистрировалось у 30% женщин и у 29% мужчин. Нарушение пуринового обмена, у пациентов старше 45 лет встречалось у 44% мужчин и 23% женщин.

Выводы: метаболический синдром встречается в 30-35% случаев у обследованных стационарных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. У данной категории больных отмечается повышение показателей углеводного, липидного и пуринового обмена. Изучая гендерные особенности метаболических факторов риска, отмечается тенденция к преобладанию нарушений липидного обмена у женщин, пуринового обмена у мужчин. Показатели нарушений углеводного обмена не имели достоверных различий в обследованных группах. Необходим комплексный подход к профилактике и лечению данной категории больных.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ ТА ПОДАГРОЮ

Вацеба М. О.

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

Мета: дослідити показники якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), ожиріння та подагру.

Матеріали і методи: обстежено 120 хворих, з них, 80 хворих на АГ II стадії 2 ступеня з ожирінням та подагрою – основна група, група порівняння – 40 хворих на АГ II стадії 2 ступеня без ожиріння та подагри. Хворі основної групи розділені за ступенем ожиріння: 40 хворих з ожирінням I ступеня, 22 хворих – II ступеня та 18 хворих – III ступеня. Проводили оцінку здоров'я з використанням анкети HAQ, а оцінку якості життя – EuroQol-5 та SF-36. SF-36 складається з 36 пунктів, об'єднаних у 8 шкал: фізична активність (Physical Functioning – PF); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role-Physical – RP), інтенсивність болю (Bodily Pain – BP); загальний стан здоров'я (General Health – GH); життєва активність (Vitality – VT); соціальна активність (Social Functioning – SF); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role-Emotional – RE); психічне здоров'я (Mental Health – MH). Фізичний статус оцінювали за п'ятьма шкалами – (PF, RP, BP, GH, VT), психосоціальний статус – (RE, SF, MH, GH, VT).

Результати: всі опитувальники довели, що ожиріння та подагра негативно впливають на якість життя хворого та знижують його здоров'я, функціональну активність, а також можливість до самообслуговування. Використовуючи анкету HAQ, EuroQol-5 та SF-36 виявили погіршення якості життя у хворих з коморбідною патологією, обмеження повсякденної фізичної активності показала достовірно вищі показники у хворих основної групи ($p < 0,001$). Сумарний фізичний компонент здоров'я (PF, RP, BP, GH, VT) та значення психологічного компонента здоров'я (RE, SF, MH, GH, VT), згідно опитувальника SF-36, в основній групі були достовірно нижче, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$). Найбільшою мірою були знижені показники, що характеризують фізичне здоров'я. Це свідчило про те, що ожиріння та подагра істотно обмежують фізичну активність хворих, здатність переносити фізичні навантаження та виконувати повсякденні дії, пацієнти мали меншу опірність хвороби. Середні стандартизовані показники життєздатності ($p < 0,001$), соціального функціонування основної групи ($p < 0,001$) також були нижче групи порівняння і свідчили про обмеження життєвої активності та рівня соціальних контактів. Рольове емоційне функціонування практично не відрізнялося від середніх популяційних значень.

Висновок: дані, щодо оцінки якості життя хворих на АГ, з ожирінням та подагрою визначають соціальну значимість супутньої патології – ожиріння і подагри, та необхідність більш поглибленого вивчення проблеми такого коморбідного стану.

**ЗМІНИ ХОЛЕЦИСТОКІНІНУ-ПАНКРЕОЗИМІНУ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЄДНАННІ
З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ І
СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Вірстюк Н. Г., Вацеба Б. Р.

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

Мета – дослідити вплив холецистокініну-панкреозиміну (ХЦК-ПЗ) на скоротливу функцію ЖМ у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ), поєднаний з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) і стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали та методи: обстежено 60 хворих на ХНХ. Пацієнти були рандомізовані в 3 групи: I група – хворі на ХНХ без НАЖХП (n=20), II – хворі на ХНХ, поєднаний з НАЖХП (n=20) і III група – хворі на ХНХ на тлі НАЖХП і стабільної ІХС (n=20). Усім хворим було проведено загальноклінічне обстеження, визначення рівня ХЦК-ПЗ в сироватці крові, поліпозиційне ультразвукове дослідження ЖМ, 5-моментне фракційне дуоденальне зондування (БФДЗ). Контролем були 20 практично здорових осіб.

Результат: рівень ХЦК-ПЗ у сироватці крові хворих I групи був у 2,4 раза нижче показника у контролі (p<0,05). Зміни у хворих II і III груп були меншими (p<0,05). У пацієнтів II та III груп спостерігали подовження II та III фаз БФДЗ, кількість виділеної впродовж IV фази жовчі у пацієнтів III групи була в 2,5 раза більшою, ніж у групі контролю (p<0,05), на 14,6% більше, ніж у пацієнтів I групи (p<0,05). Об'єм ЖМ у пацієнтів III групи перевищував такий показник в контролі в 3,5 раза (p<0,05), у хворих I групи – в 1,5 раза (p<0,05), II групи – в 1,2 раза (p<0,05). Виявлено негативні кореляційні зв'язки між рівнем ХЦК-ПЗ і тривалістю II фази БФДЗ (r=-0,71, p<0,05), тривалістю IV фази БФДЗ (r=-0,69, p<0,05), об'ємом ЖМ (r=-0,63, p<0,05 – III група). Виявлено прямі кореляції між рівнем загального холестерину в крові, в жовчі і товщиною стінки ЖМ (r=0,52; r=0,73 відповідно; p<0,05); між рівнем лептину в крові і товщиною стінки ЖМ (r=0,58; p<0,05). Збільшення рівня холестерину і лептину в крові супроводжувалося зменшенням рівня ХЦК-ПЗ, кореляції між ними складала (r=-0,60; r=-0,65 відповідно; p<0,05).

Висновки: у пацієнтів з ХНХ відзначається зниження рівня холецистокініну-панкреозиміну, більш виражене за поєднання з НАЖХП і стабільною ІХС. Це поєднувалося зі зниженням скоротливої здатності ЖМ та підвищення тонуусу сфінктера Одді. Збільшення рівня холестерину і лептину в крові супроводжувалося зменшенням рівня ХЦК-ПЗ.

**ІНГІБІТОР АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1-ГО ТИПУ
У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ПОСДНАННІ
З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ**

Вірстюк Н. Г., Матковська Н. Р.

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

Мета - дослідити зміни інгібітора активатора плазміногену 1-го типу (ІАП-1) у крові хворих на алкогольний цироз печінки (АЦП), поєднаний з неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи: обстежено 80 хворих на АЦП, 72 чоловіки і 8 жінок, віком від 34 до 65 років; серед них було 39 пацієнтів з АЦП (I група) і 33 – з АЦП у поєднанні з неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП), (II група). АЦП класу А, В і С за Чайльд-П'ю діагностовано у 16, 12 і 10 пацієнтів I групи і 12, 11 і 10 пацієнтів II групи.

Було проведено загальноклінічне, антропометричне, інструментальне та лабораторне обстеження. Вміст ІАП-1, високочутливого С-реактивного протеїну (вч-СРП), лептину, адипонектину, ендотеліну-1, імунореактивного інсуліну з наступним розрахунком індексу інсулінорезистентності (НОМА-IR) визначали імуноферментним методом. Контролем були 20 практично здорових осіб.

Результати: вміст ІАП-1 у крові хворих II групи складав ($70,8 \pm 2,6$) нг/мл і перевищував такий у хворих I групи ($54,3 \pm 2,2$) нг/мл ($p < 0,05$) і в здорових ($12,8 \pm 0,7$) нг/мл ($p < 0,05$). Встановлено, що вміст ІАП-1 у хворих на АЦП залежно від класу А і В за Чайльд-П'ю достовірно не відрізнявся як у II ($p > 0,05$), так і в I групі ($p > 0,05$), проте був нижчим у хворих класу С за Чайльд-П'ю в обох групах ($p < 0,05$). Виявлено прямі кореляції між показниками ІАП-1 і вч-СРП ($r = 0,71$; $p < 0,05$); між ІАП-1 і лептином, адипонектином ($r = 0,58$; $r = -0,65$, відповідно; $p < 0,05$); між ІАП-1 і ендотеліном-1 ($r = 0,60$; $p < 0,05$); між ІАП-1 і НОМА-IR ($r = 0,58$; $p < 0,05$). Також виявлено зв'язок збільшення вмісту ІАП-1 з показником серцево-судинного ризику за шкалою «Reynolds Risk Score» ($r = 0,55$; $p < 0,05$).

Висновки: 1. У хворих на АЦП відзначається збільшення вмісту ІАП-1 у крові, особливо за наявності поєднання з НАЖХП; показник був вищим за класу А і В за Чайльд-П'ю в пацієнтів обох груп. 2. Виявлено зв'язок збільшення вмісту ІАП-1 з показниками субклінічного запалення, дисфункції ендотелію, адипоцитокінів і серцево-судинного ризику за шкалою «Reynolds Risk Score».

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Волинський Д. А., Вакалюк І. П., Деніна Р. В.

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

Покращення ефективності лікування хворих з перенесеним інфарктом міокарда (ІМ) на фоні артеріальної гіпертензії (АГ) залишається одним з найактуальніших питань сучасної кардіології. Вибір адекватного методу реваскуляризації стає критично важливим при госпіталізації таких хворих, а також подальшої такти у відновному періоді.

Мета: Вивчити особливості перебігу відновного періоду хворих з ІМ та супутньою АГ в залежності від різних методів реваскуляризації міокарда.

Матеріали і методи: у процесі виконання роботи обстежено 37 хворих з ІМ, у 27 (73%) в анамнезі наявна АГ II-III ст., середні вік яких склав 58 ± 4 роки. Хворі розподілялись на групи відповідно до наявності АГ і способу реваскуляризації після гострої оклюзії коронарних судин. Хворі з ІМ без супутньої АГ розподілені на 2 групи: 1 група – 6 хворих, яким проводилось ЧКВ із стентуванням ураженої коронарної артерії; 2 група – 4 хворих, які отримували базову терапію (деагреганти, антикоагулянти, нітрати, β -адреноблокатори, інгібітори АПФ, ліпідзнижуючі засоби). Хворі з ІМ і супутньою АГ розподілені наступним чином: 1 група – 15 хворих, яким було проведено ЧКВ із стентуванням ураженої коронарної артерії; 2 група – 7 хворих, яким на фоні базового лікування була проведена тромболітична терапія (ТЛТ); 3 група – 5 хворих, які отримували тільки препарати базового набору.

Результати: в процесі оцінки стану пацієнтів всіх груп через 3, 14 і 28 днів вдалось встановити, що хворі, яким проводилась ЧКВ із стентуванням ураженої коронарної артерії без супутньої АГ найшвидше відновлюють толерантність до фізичних навантажень. Гірші результати демонстрували хворі із супутньою АГ 2-3 ст., що підтверджує взаємозв'язок між ускладненням відновного періоду і дією підвищеного артеріального тиску.

Висновок: у хворих, яким проводили ЧКВ із стентуванням ураженої коронарної артерії відновний період проходить краще, ніж при використанні тільки базової медикаментозної терапії. У таких хворих вже з 1-ї доби спостерігається вища толерантність до фізичних навантажень, зменшення загальної слабості, задишки, дискомфорту за грудиною, нормалізація АТ у порівнянні із пацієнтами, яким проводилась ТЛТ або забезпечувалась тільки базова терапія. Це підтверджує більшу ефективність лікування і відновного періоду у хворих яким проводилося ЧКВ.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЕЗОФАГОГASTРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ

Гайдар Ю. А., Милостива Д. Ф.

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

Мета: визначити морфологічні особливості структурних змін слизової оболонки (СО) езофагогастроуденальної зони у пацієнтів з порушеннями сфінктерного апарату (СА).

Матеріали та методи: проведено аналіз біопсійного матеріалу, отриманого під час фіброгастроскопії від хворих з порушеннями СА езофагогастроуденальної зони, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України».

Для диференціації морфологічних змін СО езофагогастроуденальної зони всі випадки для подальшого гістологічного дослідження було розділено на три групи. Група I (n=9) включила в себе випадки стенозу вихідного отвору шлунку, група II (n=9) – випадки КСОД (кіла стравохідного отвору діафрагми), та група III (n=6) – ахалазії кардії (АК).

Результати: морфологічні зміни СО стравоходу, характерні для езофагіту спостерігались лише в 5 % випадків: з них частіше за все в II групі на тлі КСОД (44,4 %). При гістологічному дослідженні езофагіт визначався основними морфологічними ознаками: потовщенням базального шару епітелію та збільшення висоти сосочків. Поза залежністю від досліджуваної групи, за наявності гастриту частіше за все зустрічалась II стадія та II ступінь гастриту за системою OLGA. Так, у хворих I групи в антральному відділі спостерігалась плазмоцитарна інфільтрація переважно слабкої й помірної виразності строми з відсутністю, або ж слабкою активністю запального процесу, у той час, як в області тіла інфільтрація або атрофія в 80 % була відсутня. Клітини інфільтрату займали переважно відділ покривно-ямкового епітелію. У хворих II та III групи інфільтрація антрального відділу була переважно відсутня. Стенозування вихідного відділу шлунку та затримка шлункового вмісту створює умови для розвитку запалення, цим і пояснюється те, що в I групі інтегральні показники ступені гастриту за OLGA були статистично вищі ($p < 0,05$).

Висновок: СО шлунку у хворих групи I характеризувалась вираженою гіперплазією ямок та валиків, а групи II та III мали схожі результати за частотою виявлення атрофії та кишкової метаплазії. Також для цих груп, на відмінність від групи I, було характерне підвищення Шик-позитивної секреції в залозах, на тлі майже повної відсутності запальної інфільтрації. Таким чином, підвищена секреція слизу, найімовірніше була відповіддю на зміни рН шлунку.

МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНОГО СТАТУСУ

Гайдар Ю. А., Милостива Д. Ф., Стойкевич М. В.

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

Мета: вивчити особливості гістоструктури слизової оболонки (СО) товстого кишечника (ТК) у хворих на неспецифічний виразковий коліт і хворобу Крона в залежності від віку хворих та гендерного статусу.

Матеріали та методи: у дослідження включено 42 хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК): 25 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 17 хворих на хворобу Крона (ХК), які проходили лікування у відділенні захворювань кишечника. Усі пацієнти були розділені на 2 групи за гендерною ознакою. Перша група включала 20 хворих жінок, друга – 22 чоловіків. Також хворі були розподілені за віком: молодий вік – 28 хворих, середній вік – 7 хворий та похилий вік – 7 хворих. Для виявлення гістоструктурних змін увагу звертали на виснаження муцинового шару, цілісність епітелію, стан архітекtonіки крипт, склероз.

Результати: при дослідженні морфо-функціонального стану СО ТК у хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) відмічалось, що перевагу склали чоловіки. У 9 осіб (36 %) хворих на НВК при мікроскопічному дослідженні були відмічені ознаки хронічного неспецифічного запалення помірного ступеня вираження, а у 9 осіб (36 %) - виражене запалення. Хворі молодого віку переважали в групах з НВК та ХК. НВК мав місце у 50,9 % жінок і 49,1 % чоловіків, а ХК – у 48,1 % і 51,9 %. Середня тривалість захворювання при ХЗЗК становила (7,3±0,8) років та була достовірно більша у пацієнтів похилого віку в загальній групі та при НВК (11,3±1,8) років при ХЗЗК та (11,5±2,0) років при НВК).

Алергічний компонент запалення представлений еозинофілами був відмічений во всіх випадках (100 %). У всіх обстежених хворих при мікроскопічному дослідженні виявлялись різні стадії розвитку крипт-абсцесів.

Атрофічні зміни у гістологічних біоптатах зустрічались у 16,5 % жінок та у 30,8 % чоловіків, хворих на НВК. Частіше за все відзначався 1-й ступінь атрофічних змін. Порушення архітекtonіки крипт, виснаження муцинового шару та порушення цілісності епітелію спостерігалось у 33,3 % жінок та у 46,2 % чоловіків.

Висновок: характерним для НВК була середня ступень хронічного запалення, порушення архітекtonіки крипт з порушенням цілісності епітелію, розвиток крипт-абсцесів, виснаженість муцинового шару, тканинна еозинофілія як ознака прояви розвитку алергії в СО ТК.

ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Гаргин В. В., Алексеева В. В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Период менопаузы ассоциируется со значительными изменениями в организме женщин, в том числе и в костной ткани. При этом имеются сведения о корреляционной взаимосвязи между степенью выраженности этих изменений и индексом массы тела (ИМТ), в то время как данные об изменении о состоянии околоносовых пазух при этом отсутствуют.

Целью нашего исследования явилось изучение плотности костной ткани стенок верхнечелюстного синуса у женщин с различным индексом массы тела в период менопаузы.

Материалы и методы: исследовано 30 спиральных компьютерных томограмм (СКТ): 10 – женщин в возрасте 50 и более лет с отсутствием менструаций в течение одного года и более с ИМТ – 25 – 30 кг/м², 10 женщин с отсутствием менструаций более одного года с ИМТ 18,5 – 24,99 кг/м². В качестве контрольной группы отобраны СКТ женщин в возрасте 20-30 лет с ИМТ 18,5 – 24,99 кг/м². С помощью шкалы Хаунсфилда определялась плотность передней, задней, медиальной и латеральной стенок и для оценки выраженности изменений – плотность I шейного позвонка.

Результаты: в группе женщин 20-30 лет плотность кости в области передней стенки составляет 178,8±22,56 Ну, задней – 168,3±28,83 Ну, латеральной – 142,5±23 Ну, медиальной – 84,3±19,9 Ну. Плотность I шейного позвонка составила 191,8 ±29,27 Ну. В группе женщин в возрасте более 50 лет в период менопаузы с ИМТ 18,5 – 24,99 кг/м² данные показатели составили 140,1±34,63 Ну, 160,1±23,36 Ну, 144,8±23,76 Ну, 79,4±23,63 Ну и 141,4±23,1 Ну соответственно. А в группе исследуемых женщин в возрасте более 50 лет с ИМТ 25 – 30 кг/м²: 169,4±28,01 Ну, 175,7±30,83 Ну, 130,5±32,77 Ну, 77,7±24,87 Ну и 137,5±39,99 Ну соответственно приведенному выше порядку.

Определено как изменяются денситометрические показатели в каждой точке – ориентире во всех трех исследуемых группах. Выявлено, что достоверно плотность кости снижается в области передней и задней стенок у женщин в возрастной группе более 50 лет с ИМТ 18,5 – 24,99 кг/м² (p<0,05). Кроме того, при сравнении плотности кости в группах лиц старше 50 с ИМТ 18,5 – 24,99 кг/м² выявлено достоверное снижение денситометрических показателей в области задней и латеральной стенок у женщин с ИМТ 18,5 – 24,99 кг/м².

Выводы: возрастное достоверное снижение плотности костной ткани верхнечелюстного синуса усугубляется в период менопаузы. У женщин с меньшим индексом массы тела эти изменения более выражены. Выраженность изменений в костной ткани верхнечелюстного синуса ниже, чем в губчатой ткани I шейного позвонка.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОПРОЛОЛУ СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ: ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ТА ПЕРЕНОСИМОСТІ

Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.

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

Актуальність: наріжним каменем сучасної кардіології є проблема супутньої патології, особливо поєднання хронічної серцевої недостатності (ХСН) із ожирінням. Ефективність лікування бета-адреноблокаторами у різних пацієнтів з ХСН варіює у широких межах, частково в залежності від генотипічно обумовлених особливостей їх метаболізму ферментними системами.

Мета: підвищити ефективність застосування бета-адреноблокаторів метопролола сукцинату у комплексному лікуванні пацієнтів з ХСН та ожирінням шляхом оцінки генетичних аспектів індивідуальної чутливості та переносимості препарату.

Матеріал та методи: проспективне рандомізоване динамічне (протягом 1 року) дослідження проведено за участю 127 пацієнтів з ХСН II–III стадій у віці 32–87 років, яких було розподілено на дві групи: основну групу з 73 пацієнтами із коморбідними ХСН та ожирінням і групу порівняння з 54 особами, хворими на ХСН без ожиріння. Дослідження включало оцінку поліморфізму гена CYP2D6 1846G/A, клінічних симптомів, якості життя, тесту з 6-хвилинною ходьбою, доплерівської ехокардіографії, варіабельності серцевого ритму, сироваткових рівнів інсуліну, N-кінцевого прогормону мозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP). Метопрололу сукцинат призначали за стандартною схемою з титруванням дози кожні 2 тижні від 12,5 до 100–200 мг.

Результати: встановлено асоціацію «несприятливого» алелю А зі збільшенням ваги тіла ($p=0,05$). В результаті лікування кращі показники клінічного статусу були виявлені у групі порівняння (6 [5; 7] проти 7 [6; 8] балів у пацієнтів з ожирінням, $p=0,05$), а якості життя – у пацієнтів з генотипом GG порівняно з GA ($p<0,05$). На відміну від носіїв генотипу GA, у пацієнтів з генотипом GG спостерігалось збільшення фракції викиду лівого шлуночка (на 21,5% проти 9,3%, $p<0,01$) і зменшення кінцевого діастолічного розміру лівого шлуночка ($p=0,02$). У носіїв генотипу GG виявлено більш виражене поліпшення якості життя ($p<0,03$), клінічного стану ($p=0,05$). У носіїв генотипу GA встановлено тенденцію до більшої частоти побічних ефектів порівняно з генотипом GG.

Висновки: з метою поліпшення лікування ХСН метопрололу сукцинатом у пацієнтів з ожирінням доцільним є урахування поліморфізму гену CYP2D6 1846G/A.

ГАЛАНИН КАК ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Герасимчук У. С., Кравчун П. Г.

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

Введение. Гипертоническая болезнь (ГБ) остается актуальной проблемой кардиологии. В настоящее время значительное внимание исследователей привлёк комплекс факторов, таких как ожирение, дислипидемия, инсулинорезистентность в сочетании с ГБ. Ожирение достигает мировых масштабов эпидемии, что является основанием для более тщательного изучения жировой ткани, рассматривающейся как активно функционирующий эндокринный орган, продуцирующий ряд биологически активных веществ: цитокинов, гормонов, в частности галанина.

Цель: проанализировать имеющиеся данные современной литературы, касательно экспериментальных и клинических исследований, патогенетической взаимосвязи коморбидности ГБ и ожирения с одним из гормонов белой жировой ткани, а именно галанином.

Материалы и методы: в обзоре представлены последние данные зарубежных и отечественных статей, по данной тематике, в частности галанина, как гормона жировой ткани, опубликованных за последние года.

Результаты: плейотропный гормон галанин - это нейропептид, состоящий из 30 аминокислот. Данный гормон играет важную роль в регуляции энергетического гомеостаза. В исследовании NJ Poritsanos и др (2009) было установлено, что хронически повышенный галанин может регулировать массу тела, скорость обмена веществ и обмен липидов и углеводов через механизм, который не зависит от регулирования питания. Их выводы подтверждают гипотезу о том, что повышение уровня циркулирующего галанина способствует развитию метаболического синдрома. Asar S., Paketçi A., (2018) доказали, что уровни галанина в сыворотке были значительно выше у детей с ожирением, чем у здоровых и положительно коррелировали с резистентностью к инсулину и триглицеридов у детей с ожирением, что свидетельствует о связи галанина с гомеостазом глюкозы и липидного обмена при ожирении уже с детского возраста. Возникает вопрос: каков уровень галанина у лиц возрастной категории с ГБ, а также ГБ с ожирением?

Выводы: таким образом изучение данного адипокина, а именно галанина, является весьма актуальным, и в будущем может иметь определенное значение в ходе исследований у больных ГБ с избыточной массой тела и ожирением.

СТАТИНОТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХОЗЛ ТА ІХС, УСКЛАДНЕНИХ СИНДРОМОМ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Гетман О. А., Крахмалова О. О.

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

Мета: порівняти динаміку клінічного перебігу, показників серцево-судинного ремоделювання, цитокинового балансу у пацієнтів з коморбідністю ХОЗЛ та ІХС, ускладненою синдромом легеневої гіпертензії на тлі різних схем терапії статинами.

Матеріали та методи: було обстежено 121 пацієнта з ХОЗЛ та супутньою ІХС. При відборі хворих враховувалися підписання добровільної інформованої згоди пацієнтів на участь в дослідженні; наявність верифікованого ХОЗЛ в фазу ремісії; верифікованої хронічної форми ІХС (ІМ не раніше 12 міс. до включення пацієнта у дослідження). Ті пацієнти, у яких розвинулась ЛГ становили основну групу (n=68), ХОЗЛ та ІХС без ЛГ - група порівняння (n=53). Неінвазивна оцінка гемодинаміки проводилася за допомогою доплерехокардіографії на ультразвуковому аналізаторі «Philips IU 22» (USA), за допомогою фазованого датчика 2,5-5,0 МГц. Усім хворим було проведено стандартне клініко-інструментальне обстеження. Усі хворі були рандомізовані в групу аторвастатину (А) та розувастатину (В). До подальшого дослідження залучались хворі, що досягли цільового рівня ЛПНЩ.

Результати власних спостережень. У хворих на ХОЗЛ та ІХС із синдромом легеневої гіпертензії застосування аторвастатину в середній дозі $63,2 \pm 5,1$ мг/добу (медіана 60 мг/добу), поряд з досягненням цільового рівня ліпідів, призводила до вірогідного покращення клініко-функціонального стану та уповільнювало прогресування серцево-судинного ремоделювання, що виражалося у зменшенні числа загострень ХОЗЛ ($p=0,01$), зниженні рівнів остеопонтину на 31,4% ($p=0,018$), інтерлейкіну-2 в 2,7 рази ($p=0,01$) та збільшенні TAPSE на 14,6% ($p=0,034$). У групі хворих, яким призначався розувастатин в середній дозі $34,7 \pm 3,6$, окрім досягнення цільових рівнів холестерину, вірогідної динаміки інших показників виявлено не було.

Висновки. У пацієнтів з поєднанням ІХС та ХОЗЛ та наявністю синдрому легеневої гіпертензії препаратом вибору для лікування гіперхолестеринемії є аторвастатин. Добова доза аторвастатину повинна складати не менше 60 мг на добу, що дозволяє не тільки досягти цільових рівнів ЛПНЩ, але й вірогідно зменшити активність запального процесу та загальмувати серцево-судинне ремоделювання.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ЕПЛЕРЕНОНОМ ТА СПІРОНОЛАКТНОМ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДА

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

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

Мета: порівняти ефективність еплеренону та спіронолактону у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST з високим рівнем sST2.

Матеріали і методи: в дослідження включено 103 пацієнта з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) з елевацією сегмента ST (72,8% чоловіків та 27,2% жінок), середній вік $61,85 \pm 10,23$ років. Рівень sST2 визначався в першу добу захворювання з використанням реактивів «Presage ST2 Assay» (Critical Diagnostics, США). Ремоделювання визначалося як збільшення КДО лівого шлуночка (ЛШ) на 20% та більше через 6 місяців спостереження в порівнянні з вихідним рівнем за даними Ехо-КГ. Досліджувані хворі з вихідним рівнем $sST2 \geq 35$ нг/мл були розподілені на дві групи: перша отримувала еплеренон ($n=24$), а друга спіронолактон ($n=32$).

Результати: через 6 місяців спостереження порівняли групи з ремоделюванням ЛШ і без нього. Рівень sST2 сироватки крові в групі з ремоделюванням ЛШ склав $50,35 [27,17-103,20]$ нг / мл і $28,02 [21,75-34,70]$ нг / мл в групі без ремоделювання ЛШ ($p < 0,015$). При проведенні логістичного регресійного мультіваріативного аналізу було виявлено, що sST2 ($\beta = -0,079$; $p = 0,025$) є незалежним предиктором ремоделювання ЛШ через 6 місяців після ГІМ з елевацією сегмента ST. Для вивчення значущості sST2 у прогнозуванні виникнення ремоделювання ЛШ проводився ROC-аналіз. Рівень біомаркера більше 44,5 нг/мл дозволяє прогнозувати розвиток ремоделювання ЛШ протягом 6 місяців, AUC=0,707, (95% ДІ 0,533-0,882; $p = 0,0198$), з чутливістю 85,7% та специфічністю 57,1%.

Еплеренон знижував рівень sST2 з $76,00 [36,91-143,41]$ нг/мл до $44,24 [29,52- 83,96]$ нг/мл ($p = 0,039$), на фоні терапії спіронолактоном достовірних змін не відбулося. У пацієнтів, які отримували спіронолактон було встановлено збільшення КДО ЛШ з $117,00 \pm 27,64$ мл до $143,06 \pm 47,12$ мл ($p = 0,014$), що є свідченням розвитку патологічного ремоделювання ЛШ, терапія еплереноном запобігала розвитку ремоделювання ЛШ. На фоні терапії еплереноном збільшилася дистанція тесту з 6-хвилинною ходьбою з $411,25 \pm 218,50$ м до $524,4 \pm 132,36$ м ($p = 0,035$). На фоні терапії спіронолактоном такого ефекту не спостерігалось.

Висновки: підвищення рівня sST2 у хворих з ГІМ з елевацією сегмента ST є предиктором ремоделювання ЛШ. Використання еплеренону у пацієнтів з рівнем $sST2 \geq 35$ нг/мл має перевагу над використанням спіронолактону та відзначається достовірним зниженням рівня sST2, попереджує розвиток патологічного ремоделювання ЛШ та підвищує толерантність до фізичних навантажень через 6 місяців спостереження.

ЗМІНИ РОЗПОДІЛУ ЗА ІНДЕКСОМ СФЕРИЧНОСТІ ОЗОНОВАНИХ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ ГІПОТЕРМІЧНОМУ ЗБЕРІГАННІ

Головіна К. М., Боброва О. М., Коваленко І. Ф., Говорова Ю. С.,
Нардід О. А.

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

Мета: дослідження впливу озонування еритроцитів барана та людини на щільність їх розподілу за індексом сферичності у популяції при гіпотермічному зберіганні.

Матеріали і методи: відмиті еритроцити людини та барана озонували (доза озону складала 120 мкг/мл) і ресуспендували у співвідношенні 1:1 розчином Олсвера або 5% розчином маніту на фізіологічному розчині. Контрольні та озоновані еритроцити зберігали у гіпотермічних умовах протягом 2 місяців. Для вивчення щільності розподілу еритроцитів за індексом сферичності ми отримували експериментальну криву осмотичної крихкості еритроцитів. Для цього за даними малокутового розсіювання визначали долю збережених клітин в гіпотонічних розчинах NaCl з концентраціями 0,9, 0,8, 0,7, 0,6, 0,5, 0,4 і 0,3%. Криві щільності розподілу еритроцитів за індексом сферичності визначали з експериментальних кривих осмотичної крихкості на підставі фізико-математичної моделі гіпотонічного гемолізу в розчині непроникаючої речовини.

Результати: форма і положення максимумів кривих щільності розподілення озонованих еритроцитів барана за індексом сферичності практично не відрізняються від контрольних. Вузкий гострий пік кривої щільності розподілення еритроцитів барана з максимумом для індексу сферичності 1,48 свідкує про однорідність популяції і високу питому вагу клітин з низьким індексом сферичності. Крива щільності розподілення еритроцитів людини зміщена до діапазону більших індексів сферичності з піком 1,75. Озонування еритроцитів людини приводить до збільшення частки клітин з більшим індексом сферичності.

Гіпотермічне зберігання контрольних і озонованих еритроцитів барана протягом 2 місяців призводить до зміщення кривої щільності їх розподілення за індексом сферичності до діапазону більш високих індексів сферичності, причому у середовищі з манітом це зміщення більш виражено. При гіпотермічному зберіганні еритроцитів людини у середовищі Олсвера різко збільшується частка клітин з низьким індексом сферичності, у середовищі з манітом, навпаки - з більш високим індексом сферичності.

Висновок: щільність розподілу еритроцитів за індексом сферичності при їх гіпотермічному зберіганні залежить від консервуючого середовища.

ВПЛИВ ОЗОНУ НА МЕХАНІЧНУ СТІЙКІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ

Головіна К. М., Боброва О. М., Шапкіна О. О., Ніпот О. Є.

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

Мета: оцінити вплив озону на механічну стійкість еритроцитів людини та барана при гіпотермічному зберіганні

Матеріали і методи: еритроцити крові людини та барана тричі відмивали центрифугуванням при 800 g протягом 10 хв в 10-кратному обсязі ізотонічного розчину NaCl, що містить 0,01 М трис-буфера (рН 7,2). Еритроцитарний осад ділили на дві частини. Першу половину відмитих еритроцитів людини і барана піддавали дії озону, доза якого складала 120 мкг/мл. Далі контрольні та озоновані еритроцити ресуспендували розчинами для гіпотермічного зберігання (розчин Олсвера та 5% маніту на фізіологічному розчині) у співвідношенні 1:1. Підготовлені еритроцити зберігали у холодильнику при (+2...+4°C) 2 місяця. Механічну стійкість контрольних зразків та після гіпотермічного зберігання еритроцитів протягом 1 місяця та 2 місяців оцінювали піддаючи їх дії механічного шоку. Для цього суспензію еритроцитів (гематокрит близько 20%) перемішували за допомогою магнітної мішалки (швидкість обертання 1200 оборотів за хвилину) у ємності з пластиковими кульками (діаметр 5 мм) при кімнатній температурі. Кожні 15 хвилин проводили відбір суспензії клітин для визначення рівня гемолізу еритроцитів, який вимірювали спектрофотометричним методом. Гемоліз виражали в процентах по відношенню до 100% гемолізу.

Результати: гемоліз еритроцитів людини і барана зростає з часом при дії механічного шоку; для еритроцитів барана зростання гемолізу достовірно вище, ніж для еритроцитів людини. Так після 120 хвилин механічного впливу у середовищі з манітом гемоліз еритроцитів людини складав 29,1 %, а еритроцитів барана - 40,5 %. Це свідчить про більш високу механічну стійкість еритроцитів людини у порівнянні з еритроцитами барана.

Озонування еритроцитів людини не призводило до зміни їх механічної стійкості. Обробка озоном еритроцитів барана призводила до зростання гемолізу як на початок спостереження, так і на всіх досліджених часових інтервалах. Гіпотермічне зберігання протягом 1 та 2 місяців призводило до зниження механічної стійкості еритроцитів людини і барана. Дія озону при гіпотермічному зберіганні істотно відрізнялась у різних консервуючих середовищах.

Висновок: механічна стійкість еритроцитів людини вище, ніж еритроцитів барана. Озон у дозі 120 мкг/мл знижує механічну стійкість еритроцитів барана, але не впливає на механічну стійкість еритроцитів людини.

ДІАГНОСТИЧНІ, ПРОГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ АСПЕКТИ ДІАБЕТИЧНОЇ СКЛЕРЕДЕМИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Голозубова О. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність: цукровий діабет (ЦД) - розповсюджене ендокринне захворювання, яке супроводжується порушенням усіх видів обміну, та захопленням у патологічний процес усіх систем та органів організму, включаючи шкіряні покрови. Це значно погіршує якість життя пацієнтів, порушує їх соціальну активність, підвищує ризик інвалідності та смерті. В багатьох випадках зацікавленість лікаря до проблем дерматології при ЦД відокремлюється профілактикою трофічних змін шкіряного покриву. Але у деяких хворих спостерігається на шкірі висип досить специфічного вигляду, характерний саме для ЦД. До такої патології відносять діабетичну склереду (Д). ДС є одним з найбільш частих у групі специфічних дерматологічних проявів ЦД та зустрічається у 2,5 – 14 % пацієнтів.

Мета: виявлення клініко- патогенетичних особливостей формування патологічних змін на шкірі при ЦД 1 та 2 типу.

Матеріали та методи: було обстежено 38 хворих на ЦД (21 жінка та 17 чоловіків, середній вік 50, $21 \pm 0,26$ років), 28 з них – із ЦД 1 типу та 10 – із ЦД 2 типу. Усі пацієнти страждали на ЦД більше 10 років, мали нестабільний контроль глікемії та мали надмірну вагу тіла. В усіх випадках були присутні ускладнення ЦД, які асоціювалися з ангіопатією (69%), ретинопатією (35%), артеріальною гіпертензією (18%), нейропатією (11%), нефропатією (10%). У даній групі пацієнтів спостерігалася симетрична дифузна індурація шкіри тканин з первинною локалізацією в області шиї, верхнього плечового поясу або верхньої треті спини. На ушкоджених ділянках шкіри відмічалася пониження больової та температурної чутливості, незначні порушення рухової активності у суглобах верхніх кінцівок та шиї. Ця група пацієнтів у комплексі з основним лікуванням використовувала лідазу, судинні препарати, антиагреганти (ацетилсаліцилова кислота, пентоксифілін, вазопростан), гіалуронідазу у поєднанні з вітаміном Е внутрішньошкірно в ушкодженні місця, інгібітори альдоредуктази (ізодібут), фізіотерапевтичне лікування, а саме- масаж воротникової зони.

Результати та їх обговорення: при комплексному лікуванні ЦД пацієнтів даної групи застосовували препарати, які ліквідують шкірні прояви ДС, враховуючи обов'язкову нормалізацію вуглеводного обміну. Дана терапія принесла достатньо позитивні результати практично у всіх пацієнтів дослідної групи. У 4 пацієнтів не відмічалася достатнього або повного регресу шкірного патологічного процесу.

Висновки: таким чином, зміни шкіри у виді ДС по своєму характеру, є системною проявою ЦД, маркером несприятливого прогнозу, тяжкого, ускладненого перебігу. Лікування ДС на сьогоднішній день не має суттєвої доказної бази, пошук ефективних методів терапевтичного впливу продовжується. Самим актуальним методом профілактики ДС у хворих на ЦД є нормалізація вуглеводного обміну.

АКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ САРКОПЕНИИ

Гончарова О. А.

Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель: установить частоту проявлений первичной саркопении у женщин различных возрастных групп и социального статуса.

Материалы и методы: у вышедших на пенсию 30 женщин в возрасте 60-69 лет (VII декада жизни) и 30 женщин в возрасте 70 – 79 лет (VIII декада), активно участвующих в мероприятиях территориального пенсионного центра Киевского района г. Харькова, в т. ч. ЛФК и пешеходные экскурсии (П-VII и П-VIII), исследованы индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность голени (ОГ), данные биоимпедансного исследования (процентное содержание жировой и мышечной ткани (ЖТ и МТ) проведенного с помощью диагностических весов фирмы Бойер (Германия). Результаты анализировали с использованием таблиц, в которых представлены возрастные нормы этих показателей. Цифровой материал обработан методами вариационной статистики с использованием модифицированного t-критерия Стьюдента. Контрольную группу составили 50 работающих в научно-исследовательском институте с 8 часовым рабочим днем женщин возрастом 50-59 лет (VI декада) (P-VI).

Результаты: ИМТ в пределах нормы в группе П-VII был в 33,3 %, избыточная масса тела (избМТ) у 50 %, ожирение (ОЖ) – 16,7 %. В группе П-VIII структура ИМТ составила 33,3%, 55,6% и 11,1%, соответственно. В контрольной группе P-VI эти данные составили 20,0%, 46,7% и 33,3%, соответственно. Частота ОЖ оказалась наивысшей в группе P-VI, а наименьшей в группе П-VIII ($p < 0.05$). Абдоминальное ОЖ (ОТ > 80 см) выявлено в группе P-VI у 91,2%, П-VIII – 77,8%, П-VII – 66,7%. У работающей группы женщин его частота была достоверно выше, чем в П-VII ($p < 0,05$). Снижение ОГ менее 31 см имело место в группе П-VII у 8,3%, П-VIII – 11,1% и P-VI – 13,3%. Различия между группами не достигли степени достоверности. Частота повышения процентного содержания ЖТ была высокой во всех группах: П-VII – 83,3%, П-VIII – 88,9% и P-VI – 91,2%. Снижение процентного содержания МТ как одного из ведущих признаков первичной саркопении имело место у 50,0% женщин группы П-VII, 44,4% - П-VIII и 72,3% - P-VI. Частота недостаточности МТ была в группе работающих женщины достоверно выше, чем в группах П-VII и П-VIII ($p < 0.05$).

Выводы: 1. Повышенная физическая активность лиц пожилого возраста является сдерживающим фактором для развития первичной саркопении. 2. Снижение окружности голени имеет меньшую диагностическую ценность как признак саркопении, т. к. величину этого показателя определяет не только содержание мышечной, но и жировой ткани в этой области, повышенный уровень которой подтверждается увеличением ИМТ и процентного содержания жировой ткани при биоимпедансном исследовании.

**ВМІСТ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ АПОПТОЗУ
ТА ЕПІДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ В КРОВІ
ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯХ, ІНДУКОВАНИХ
НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ,
У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ**

Гончарук Л. М., Гресько С. О., Чурай Т. І.

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

Метою роботи було дослідити вміст біохімічних маркерів апоптозу та епідермального фактора росту в крові при гастродуоденопатіях (ГДП), індукованих нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), у хворих на остеоартроз (ОА) залежно від наявності *Helicobacter pylori* (Hр).

Матеріал та методи дослідження: було обстежено 60 хворих на ОА із супутніми асоційованими ГДП, індукованими НПЗП. Залежно від наявності Hр хворі поділялися наступним чином: група I - 30 осіб із Hр-асоційованими ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУ) та група II – 30 хворих із ЕВУ, без супутньої Hр. Методом твердофазного імуноферментного аналізу (ІФА) досліджували вміст епідермального фактора росту (ЕФР) у плазмі крові (набір реактивів Human EGF (Hu EGF) ELISA Biosource, Бельгія), фактор некрозу пухлин альфа у сироватці крові (ФНП- α) за допомогою набору реактивів «ІФА-TNF-alpha» (Росія), визначали sAPO-1/ Fas в сироватці крові (реактиви Bender MedSystems, Австрія).

Результати досліджень: встановлено підвищення ФНП- α та значне зниження sAPO-1/Fas у обстежених хворих, що свідчить про підсилення клітинного апоптозу. Показник проліферації – ЕФР зростав, що можна обґрунтувати, як компенсаторну відповідь на надмірну клітинну загибель. У хворих із Hр-асоційованими ЕВУ ФНП- α був вище на 48,4%, а sAPO-1/Fas відповідно нижче на 37,6%, порівняно із такими показниками у пацієнтів із ЕВУ без супутньої Hр, що вказує на посилення факторів агресії при ГДП, індукованих НПЗП, що супроводжуються Hр. ЕФР був вище на 59,9% при Hр-позитивних ЕВУ, ніж при ЕВУ без Hр, що свідчить про істотніше підсилення проліферації за умов супутньої Hр.

Висновки: встановлено, що при гастродуоденопатіях, індукованих НПЗП, у хворих на остеоартроз, відбувається дисбаланс в системі фізіологічних інгібіторів та індукторів апоптозу, при цьому за умов супутньої *Helicobacter pylori* спостерігали істотніше порушення рівноваги процесів проліферації та апоптозу.

ЗГАДУЮЧИ ВЕЛИКОГО ТЕРАПЕВТА ХХ СТОЛІТЯ

(до 100-річчя від дня народження академіка Л. Т. Малої)

Грідасова Л. М., Милославський Д. К., Кулешова О. М., Федотова Т. А.

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

У січні 2019 року виповнилося 100 років з дня народження академіка Малої Л. Т., і сьогодні ми згадуємо яскравий творчий шлях видатного вченого, продовжувача традицій вітчизняної терапевтичної школи.

Батьки мріяли, щоб їх дочка стала лікарем, саме тому Любов Мала пішла на курси для вступників до медінституту. *«Об огромной любви к медицине на то время я бы говорить не стала. Это чувство к своей профессии пришло несколько позже»,* - згадувала згодом Любов Трохимівна. Бути терапевтом вона вирішила в перший же рік своєї лікарської діяльності в сільській дільничній лікарні. *«Ко мне обращались больные с различными заболеваниями, я часто видела сложных больных с несколькими параллельно текущими или взаимообусловленными болезнями. Уже тогда я понимала большую пользу, сложность и, одновременно, радость общетерапевтической деятельности».*

Усе життя Любов Трохимівна вважала терапію основною галуззю клінічної медицини. *«Терапевт был и остается единственным специалистом, способным взять на себя ответственность за координацию усилий представителей всех других медицинских специальностей. Именно терапевт осуществляет синтез профилактической, лечебной и реабилитационной работы, что позволяет ему оставаться в настоящем и будущем ведущей фигурой здравоохранения»,* - наголошувала вона, коли доводила необхідність створення Інституту терапії, про який мріяла довгі роки. У зв'язку з великою значимістю терапії та завдяки клопотанню Любові Трохимівни у 1986 р. був створений Інститут, директором якого вона стала і була до останніх днів життя.

Не зважаючи на зайнятість, Любов Мала не припиняла лікарську практику, консультувала складних і важких хворих. Щоденні обходи клініки були обов'язковими. Пацієнти чекали обхід академіка, бо кожен поставлений нею діагноз завжди був результатом вдумливого вивчення стану хворого, індивідуальних і особистісних особливостей пацієнта. Академік не терпіла неуваги до хворого. *«Честь мундира и здоровье больного- вещи несовместимые»,* - вважала вона. А гаслом повсякденної праці академіка Малої Л. Т. були слова: *«Главное — быть хорошим врачом. Если хотя бы одна мать не потеряет сына или один отец, или муж вернется в семью после болезни — то мы работаем не напрасно».*

Інститут терапії став не тільки пам'яттю про Великого Лікаря, а й свідченням того, що життя, присвячене служінню людині, завжди залишає слід в серцях людей і в пам'яті поколінь.

ПОРТАТИВНІ ЕЛЕКТРОННІ ПРИСТРОЇ – ЯК ДОСТУПНІ ДИСТАНЦІЙНІ ТА ДОПОМІЖНІ ІНСТРУМЕНТИ МОНІТОРИНГУ ЖИТТЄВО ВАЖЛИВИХ ПОКАЗНИКІВ ОРГАНІЗМУ

Гряділь Т. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Вступ: портативні електронні пристрої (ПЕП) з кожним роком все більше інтегруються в наше повсякденне життя. До найдоступніших ПЕП відносять наступні: смарт-годинники (СГ), фітнес-трекери, смартфони та ін. Більшість ПЕП мають здатність моніторувати життєво важливі показники (ЖВП): пульсу, артеріального тиску, насичення (сатурації) гемоглобіну артеріальної крові киснем, реєструвати електричну активність серця та вимірювати кількість кроків чи пройденої дистанції, тощо.

Мета: розкрити потенціал ПЕП та проаналізувати їх можливості в моніторингу життєво важливих функцій організму.

Матеріали та методи: пошук та аналіз статей за тематикою роботи проводився в базах даних Google Akademy, PubMed, Web Of Knowledge, та ряду інших з використанням таких ключових слів, як «портативні електронні пристрої», «смарт-годинник», «фітнес-трекер», «смартфон», «життєво важливі показники».

Результати: Lee Y. та співавтори провели проспективне дослідження діагностичної точності, чи може імпульсна перевірка сенсором фотоплетизмографії на СГ замінити ручну пальпацію (РП) сонної артерії під час серцево-легеневої реанімації у пацієнтів із зупинкою серця. Чутливість і специфічність РП становили відповідно 78,6% та 90,4%. Помилково-позитивні та хибно-негативні показники становили 9,6% та 21,4%. СГ на всіх ділянках мав однакову або більш високу чутливість, ніж РП. Чутливість СГ була найвищою на 100% в каротидній області і найнижчою на 78,6% в області зап'ястя. Специфічність СГ була найвищою, на 100%, в області зап'ястя і найнижчою, на 78,7%, в каротидній області.

Degroote L ін., провели дослідження із застосуванням СГ для моніторингу фізичної активності. Піддослідні (n=36) займалися звичайною повсякденною діяльністю протягом 2 днів, із її фіксацією на зап'ясті СГ та акселерометром стегнах. Всі дослідні пристрої можна вважати лічильниками точних кроків, однак було зафіксовано систематичне зміщення при вимірюванні енергійної фізичної активності (ФА). Результати 15-хвилинної ФА вказують на те, що ці пристрої недостатньо точні, щоб забезпечити правильний зворотний зв'язок у реальному часі.

Висновки: ПЕП являються доступними та легкими у щоденному використанні. Біосенсори, котрі використовуються у ПЕП мають потенціал бути корисними у різних медичних додатках, й відповідно передачі медичної інформації безпосередньо до лікаря, проте необхідні суворі дослідження з їх використанням у клінічних умовах, з метою медичної сертифікації даних пристроїв.

СКРИНІНГ ДЕПРЕСІЇ ТА СТРЕСУ ЗА ДОПОМОГОЮ АЛГОРИТМІВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ

Гряділь Т. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Вступ: штучний інтелект (ШІ) – розділ комп’ютерної лінгвістики та інформатики, розроблений на основі низхідного, семіотичного (моделювання психічних процесів: мислення, мовлення, емоції, судження, тощо) або висхідного, біологічного (нейромережі та еволюційні обчислення, які моделюють інтелектуальну поведінку), що формалізує проблеми та завдання, подібно людині.

Мета: розкрити потенціал ШІ та проаналізувати його можливості в діагностиці депресії та стресу.

Матеріали та методи: пошук та аналіз статей за тематикою роботи проводився в базах даних PubMed, Google Academy, Web Of Knowledge, та ряду інших з використанням таких ключових слів, як «портативні електронні пристрої», «штучний інтелект», «депресія», «стрес».

Результати: Mowery D. та співавтори, проаналізували дані пов'язані з депресією в соціальній мережі, розробивши комплексну схему анотацій (тобто схему кодування) для соціальної мережі за допомогою Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edition 5 (DSM 5) вибравши основні депресивні симптоми (такі як, депресивний настрій, зміна ваги, психомоторне збудження або загальмовування) та Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edition IV (DSM-IV)) психосоціальні стресори (такі як, проблеми у навчанні, проблеми з первинною підтримкою) групи, житлові проблеми). Використання тільки ключових слів не достатньо для моніторингу громадського здоров'я, оскільки контекст може змінювати значення ключового слова в операторі. Однак підходи до постобробки можуть бути корисними для поліпшення результатів, необхідного для виявлення симптомів депресії за допомогою соціальних медіа.

Учасники рандомізованого контрольованого випробування ISRCTN61214172, були протестовані the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), and Positive and Negative Affect Scale (PANAS) та розподілені в подальшому на дві групи: групу в якій використовували психологічний ШІ – Tess що надавав когнітивну поведінкову терапію та контрольну групу, що отримала книгу the National Institute of Mental Health's (NIMH). Це дослідження пропонує докази того, що ШІ може бути економічно ефективним і доступним терапевтичним засобом, для надання психологічної підтримки.

Висновки: діагностика психічних розладів ґрунтується, в першу чергу на суб'єктивних симптомах, а нейровізуалізація чи інші біологічні дослідження використовуються для виключення органічних порушень. ШІ значно підвищує визначення індивідуального діагнозу інтегруючи всі дані про психічний розлад, а також може прогнозувати відповідь на лікування.

БОЛЕЗНЬ ДЕРКУМА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Болезнь Деркума (болезненный липоматоз) – редкое заболевание, встречающееся преимущественно у женщин.

Этиология и патогенез неясны. Заболевают в основном лица с нарушениями функции эндокринной (ожирение, гипотиреоз, расстройства менструального цикла, климакс) и нервной системы. Не исключена также роль генетических факторов.

Клинически болезнь Деркума проявляется образованием множественных подкожных болезненных жировых узлов и узелков различной величины и локализации. Чаще узлы располагаются на туловище и конечностях (за исключением кистей и стоп, которые никогда не поражаются). Крайне редко поражается лицо. Обычно образование узлов протекает мало заметно. У отдельных больных липоматоз возникает остро, сопровождается повышением температуры тела, сильными болями в области узлов, нарушением общего состояния, артралгиями и миалгиями, увеличением СОЭ и наличием других лабораторных признаков воспаления.

Течение болезни Деркума, как правило, хроническое с медленным нарастанием количества новых узлов. Обратное развитие липоматоза наблюдается редко, главным образом при острых вариантах.

Диагностика заболевания базируется на характерных клинических признаках.

Лечение хронических форм болезни Деркума мало эффективно. Рекомендуется диета с пониженной энергетической ценностью (ограничение количества жиров и углеводов). При необходимости может проводиться терапия, направленная на коррекцию сопутствующих обменных и эндокринных нарушений (тиреоидин, эстрон, диэтилстильбэстрол). При наличии нервно-психических отклонений (астения, депрессия) применяются транквилизаторы и другие психотропные средства. Для лечения острых форм заболевания используются нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики. В некоторых случаях целесообразно удалять узлы хирургическим путём.

Прогноз болезни Деркума благоприятный. Рекомендуется избегать травм.

СИНДРОМ ФЕЛТИ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Синдром Фелти – редко встречающееся заболевание, представляющее собой вариант суставно-висцеральной формы ревматоидного артрита (РА) и характеризующееся сочетанием РА с увеличением селезёнки и периферических лимфатических узлов, а также с лейкопенией.

Заболевание чаще встречается у женщин старше 50 лет. Развивается синдром Фелти у больных серопозитивным РА, как правило, спустя 10 лет после начала заболевания. Поражение суставов характеризуется типичным для РА полиартритом с преимущественным вовлечением в процесс мелких суставов, степень выраженности которого может быть различной.

Наряду с суставной патологией часто обнаруживаются системные проявления РА: подкожные узелки, полинейропатия, выраженная мышечная атрофия, быстрая потеря веса, лихорадка, эписклерит, генерализованная лимфаденопатия, гепатомегалия, полисерозит, миокардит. Более чем у половины больных отмечаются признаки синдрома Шегрена.

Размеры селезёнки увеличиваются довольно значительно, её вес в среднем в 4 раза больше нормы. Однако возможен синдром Фелти и без развития спленомегалии. Характерной для синдрома Фелти является лейкопения, которая на ранних стадиях может быть непостоянной.

Диагностика синдрома Фелти, как правило, не вызывает затруднений и основывается на появлении у больных РА спленомегалии и лейкопении. В сыворотке крови обнаруживаются ревматоидный фактор в высоких титрах и гипергаммаглобулинемия.

Лечение разработано недостаточно. Обычно назначаются глюкокортикостероиды в средних дозах. Не решён также вопрос о целесообразности применения препаратов золота, Д-пенициллина и цитостатиков, способных вызывать сами по себе лейкопению. В то же время, как показали наши наблюдения, положительное влияние оказывает внутримышечное введение унитиола по 5 мл 5% раствора ежедневно. Лечение проводится повторными курсами из 30-40 инъекций с интервалами в 4-6 месяцев. Эффективен также суперэлектрофорез унитиола с димексидом – 20-25 ежедневных сеансов на курс лечения.

У больных с выраженной лейкопенией и спленомегалией показана спленэктомия.

ЭССЕНЦИАЛЬНЫЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Эссенциальный криоглобулинемический васкулит – системный васкулит с криоглобулинемическими иммунными депозитами, характеризующийся поражением мелких сосудов (капилляры, артериолы, вены), преимущественно кожи и клубочков почек, и сочетающийся с сывороточной криоглобулинемией.

В развитии заболевания важную роль играют иммунокомплексные процессы, в частности отложение иммунных комплексов в сосудах кожи и почек.

Клиническая картина характеризуется появлением пурпуры на коже голеней и стоп, сопровождающейся жжением или зудом. Количество высыпаний на коже (пурпура, крапивница, ливедо, изъязвления) увеличивается при воздействии на организм холода, при длительном стоянии, сдавлении участков кожи. Кожные высыпания сохраняются в течение 1-2 недель, после чего исчезают и могут вновь появиться при обострении процесса. Появление пурпуры сопровождается артралгиями, мышечными болями и нередко выраженной мышечной слабостью. Отмечается также системность поражения с развитием синдрома Рейно, легочного васкулита, гломерулонефрита, нефротического синдрома, артериальной гипертензии, полинейропатии. Возможно также развитие инфаркта миокарда.

В лабораторных исследованиях отмечаются лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ. Важное диагностическое значение имеет выявление холодонестойкого сывороточного или плазменного белка – криоглобулина, криофибриногена.

Диагностика эссенциального криоглобулинемического васкулита базируется на учёте характерных клинических проявлений, лабораторных показателей и морфологических исследований (признаки васкулита в мелких сосудах кожи).

Лечение заболевания предусматривает назначение глюкокортикостероидов и иммуносупрессоров с проведением в тяжёлых случаях пульс-терапии метилпреднизолоном и циклофосфаном, нестероидных противовоспалительных препаратов. В тяжёлых случаях используются экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, криофильтрация).

ДИНАМІКА ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Гута Р. Р., Радченко О. М.

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

Прогноз пацієнта у післяопераційний період після реваскуляризації міокарда залежить не тільки від тактики лікування а й від подальшої терапії у попередженні ускладнень, а саме з виникненням системного запалення, що негативно впливає на функцію міокарда.

Мета роботи: проаналізувати динаміку лейкоцитарних індексів ендогенної інтоксикації у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) після реваскуляризації міокарда.

Матеріали і методи: обстежено 96 хворих (16 жінок і 80 чоловіків) на ГІМ (гострий Q-ІМ з елевацією ST – 62,5%, не Q-ІМ з елевацією ST – 22,5%, ГІМ без елевації ST – 15%) віком $56,1 \pm 1,0$ р., які були поділені на 3 групи: після стентування коронарних артерій (група 1) - 52,1 % пацієнтів, після аортокоронарного шунтування (група 2) - 21,9 % та хворі без реваскуляризації міокарда (група 3) - 26,0 %. Діагностику та лікування ГІМ проводили за критеріями ВООЗ, Українських та Європейських рекомендацій, крім того проводилася оцінка лейкоцитарно індексу інтоксикації (ЛІІ) (норма, 0,62-1,0), індексу зсуву лейкоцитів (ІЗЛ) (норма 1,5-2,2) та інтегрованого індексу запалення (ІІЗ) (норма 5-17). Цифрові дані оброблені методами варіаційної статистики з використанням t-критерію Стюдента, результати вважалися істотними при $p < 0,05$.

Результати: виявлено, що вихідний рівень всіх лейкоцитарних маркерів у всіх групах перевищував норму і відповідав легкому ступеню запалення із зсувом формули вліво. Через 3 місяці у групі 1 достовірно знизився показники ЛІІ з $1,45 \pm 0,28$ до $0,82 \pm 0,13$, $p < 0,05$ та ІЗЛ з $2,22 \pm 0,24$ до $1,66 \pm 0,14$, $p < 0,05$. У групі 3 ми теж спостерігали достовірне зниження показників ЛІІ з $1,78 \pm 0,27$ до $0,79 \pm 0,14$, $p < 0,05$, та ІЗЛ з $2,29 \pm 0,26$ до $1,68 \pm 0,09$, $p < 0,05$. У групі 2 утримувалися ознаки ендогенної інтоксикації, а саме ЛІІ незначно знизився з $1,51 \pm 0,24$ до $0,99 \pm 0,43$ та ІІЗ з $17,88 \pm 0,89$ до $17,16 \pm 1,17$, який був істотно вищий від груп 1 і 3 ($14,85 \pm 1,23$ та $13,23 \pm 1,68$, $p < 0,05$). Через 6 місяців всі лейкоцитарні індекси знаходилися в межах норми і групи не різнилися між собою, тобто через півроку у групі 2 були істотно нижчі показники ІІЗ у порівнянні з вихідними даними (з $17,88 \pm 0,89$ до $14,22 \pm 1,45$, $p < 0,05$) та ІЗЛ (з $2,5 \pm 0,23$ до $1,51 \pm 0,19$).

Висновок: для хворих з ГІМ після проведення аортокоронарного шунтування характерно розвиток хронічного інтоксикаційно-запального синдрому, який виникає внаслідок активації запальних реакцій і може привести до віддалених післяопераційних ускладнень, що слід враховувати при виборі тактики ведення пацієнта.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ У ФОРМУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГІПОТАЛАМІЧНОГО СИНДРОМУ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ У ХЛОПЦІВ

Деменкова І. Г., Глотка Л. І.

Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН», м. Харків, Україна

Мета: оцінити внесок спадкової обтяженості та антигенів системи HLA I класу у формування перебігу гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду (ГСПП) у хлопців.

Матеріали і методи: генетичне обстеження, що включало проведення клініко-генеалогічного та імуногенетичного методів аналізу, проведено у 152 хлопців із ГСПП 14-17 років.

Для встановлення факту спадкової схильності до ГСПП у пробандів було складено і вивчено 152 родоводи з послідовним проведенням клініко-генеалогічного аналізу. Збирання генеалогічного матеріалу проводилося за П. Харпером. Вивчення частотного розподілу антигенів системи HLA I класу проведено у 132 хлопців-підлітків із ГСПП. Визначення розподілу антигенів I класу системи HLA було здійснювалося за допомогою типування антигенів гістосумісності у стандартному лімфоцитотоксичному тесті за П. Тerasакі у модифікації Ж.Доссе. При дослідженні використовували тест-панель (№ 031/1) антилейкоцитарних типуючих сироваток. Вивчалось 18 специфічностей локусу А і 25 специфічностей локусу В.

Результати: всіх обстежених нами хворих на ГСПП за результатами динамічного спостереження розподілено умовно на дві підгрупи: із сприятливим і несприятливим перебігом ГСПП. Оцінка генетичних факторів, які зумовлюють перебіг ГСПП у хлопців, дозволила встановити, що відсутність в родоводі хворого спадкової обтяженості щодо поєднання ожиріння, цукрового діабету II типу та гіпертонічної хвороби (ГХ) мала позитивну прогностичну значущість. Наявності у пацієнта спадкової обтяженості щодо цих захворювань відповідав негативний прогностичний коефіцієнт, що, в свою чергу, обумовлювало несприятливий характер перебігу ГСПП. Наявність в фенотипі хворого антигену A11 мало високу прогностичну значущість щодо несприятливого перебігу ГСПП, а визначення антигену A9 характеризувалося позитивним прогностичним значенням, тобто цей антиген мав протекторну дію щодо несприятливого перебігу захворювання.

Висновок: використання отриманих даних для розрахунку індивідуального прогнозу дозволить лікарям визначитися щодо перебігу та прогнозу захворювання в більш ранні вікові періоди.

СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ І ФЕРМЕНТНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

**Дзюблик О. Я., Недлінська Н. М., Капіган Г. Б., Денисова О. В.,
Ячник В. А., Мухін О. О., Сухін Р. Є.**

*ДУ “Національний інститут фізіатрії і пульмонології
імені Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ, Україна*

З метою визначення рівня інтенсивності вільнорадикальних окислювальних процесів і стану ферментних антиоксидантних систем у хворих на негоспітальну пневмонію (НП) середньотяжкого перебігу обстежено 20 пацієнтів до початку лікування. Для характеристики інтенсивності процесів вільнорадикального окислення в сироватці крові визначали вміст кінцевих продуктів перекисного окислення ліпідів та продуктів вільнорадикального окислення білків. Оцінювали також активність ферментів міелопероксидази, супероксиддисмутази та каталази. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

За результатами проведених біохімічних досліджень встановили, що до лікування у пацієнтів на НП середньотяжкого перебігу відбувається інтенсифікація вільнорадикальних окислювальних реакцій та зменшення активності ферментів антиоксидантного захисту, що може призводити до розвитку оксидативного стресу. На це вказує вірогідне зростання вмісту в крові пацієнтів кінцевих продуктів перекисного окислювання ліпідів – накопичення в еритроцитах малонового деальдегіду – МДА (відповідно, $4,27 \pm 0,66$) та $(3,40 \pm 0,44)$ нмоль/г проти $(2,51 \pm 0,22)$ нмоль/г у донорів та активних продуктів тіобарбітурової кислоти – ТБК-АП (відповідно $3,62 \pm 0,62$) та $(3,73 \pm 0,36)$ нмоль/г проти $(2,50 \pm 0,25)$ нмоль/г у донорів). У зв'язку з цим визначалася функціональна напруга ферментної антиоксидантної системи організму хворих, про що свідчить зниження активності антирадикального ферменту СОД (тканевої) (відповідно, $3,69 \pm 0,31$) та $(4,08 \pm 0,45)$ ум. од./ $(\text{мг білка}) \cdot \text{хв}$ проти $(3,29 \pm 0,20)$ ум. од./ $(\text{мг білка}) \cdot \text{хв}$ у донорів). Слід відмітити, що до лікування у хворих на НП середньотяжкого перебігу виявлено включення окремих ланок АОЗ організму (підвищений вміст ЦП в сироватці та активності КТ в еритроцитах) у відповідь на наявність розгалуженого вільнорадикального процесу ПОЛ (накопичення в сироватці ТБК–АП).

Таким чином, рівень інтенсивності вільнорадикальних окислювальних процесів і стан ферментних антиоксидантних систем у хворих на НП середньотяжкого перебігу відображає інтенсивність запального процесу в легенях, що потребує адекватного антибактеріального лікування та корекції лікування за допомогою патогенетичної терапії.

ВИКОРИСТАННЯ АМІНОКИСЛОТИ АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ І ЛЕВОКАРНІТИНУ У ПАТОГЕНЕТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., Капітан Г. Б., Недлінська Н. М., Ячник В. А., Денисова О. В., Мухін О. О., Сухін Р. Є.

ДУ “Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ, Україна

Для визначення доцільності та ефективності використання в комплексному лікуванні пацієнтів на негоспітальну пневмонію (НП) середньотяжкого перебігу амінокислоти аргініну гідрохлориду і левокарнітину обстежили та пролікували 20 пацієнтів. Біохімічне обстеження проводили до початку та на 10-у добу лікування. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Пацієнти з НП середньотяжкого перебігу були розподілені на 2 групи. До першої групи включено 10 пацієнтів, яким проводилась комбінована терапія – цефтріаксон, азитроміцин, амброксолу гідрохлорид з додаванням амінокислоти аргініну гідрохлориду і левокарнітину. До другої групи включено 10 пацієнтів, яким проводилась комбінована терапія – цефтріаксон, азитроміцин, амброксолу гідрохлорид. Віково-статевий склад хворих, розповсюдженість запального процесу в легенях, ступінь тяжкості перебігу пневмонії, в обох групах були співставними.

У вихідному стані до початку лікування в обох групах хворих визначався абсолютний лейкоцитоз в периферичній крові (відповідно, $(7,9 \pm 1,4)$ та $(8,7 \pm 1,1)$ Г/л), що підтверджувало наявність гострого запального процесу в тканині легень, діагностованого за результатами рентгенологічних та клініко-лабораторних досліджень.

Використання амінокислотного препарату в комбінованій терапії хворих на НП середньотяжкого перебігу сприяло більш суттєвому зниженню, до рівня донорів, вмісту кінцевого продукту перекисного окислення ліпідів – малонового діальдегіду в еритроцитах хворих 1-ї групи (до $(3,08 \pm 0,26)$ нмоль/г) та активних продуктів тіобарбітурової кислоти (до $(2,56 \pm 0,29)$ нмоль/мл) у порівнянні з хворими 2-ї групи (відповідно, МДА до $(2,79 \pm 0,33)$ нмоль/г проти $(2,51 \pm 0,22)$ нмоль/г у донорів), ТБК-АП до $(3,62 \pm 0,55)$ нмоль/мл), нівелювало функціональну напругу в антирадикальному ланцюзі антиоксидантного захисту організму.

Отже, додаткове застосування амінокислотного препарату, який містить аргініна гідрохлорид і левокарнітин, у комплексній терапії хворих на НП середньотяжкого перебігу дозволяє: скоротити термін інтоксикаційного синдрому в середньому на 2 дні; скоротити термін лікування в середньому на 3,8 днів; зменшити вираженість системної активації вільнорадикальних процесів в організмі, індукції оксидативного стресу та процесу перекисного окислення ліпідів та покращити стан антиоксидантного захисту організму з 26 % до 65 %.

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

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

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Мета: оцінити стоматологічний статус у хворих з серцево-судинною патологією.

Матеріали і методи: спостереженню підлягали 31 пацієнти. До першої групи відносяться студенти УМСА, з них 16 чоловік віком 19-30 років. До другої – хворі з серцево-судинною системою, з них 15 чоловік у віці від 41 до 60 років та до третьої групи увійшли 10 пацієнтів старше 60 років. В кожній групі провели огляд, який включав: збір анамнезу, оцінку стоматологічного статусу, стан серцево-судинної системи (об'єктивний огляд, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові та ЕКГ).

Досліджували інтенсивність ураження зубів карієсом. З цією метою визначали індекс КПВ. Оцінку рівня гігієни порожнини рота проводили по динаміці індексу гігієни порожнини рота ОНІ-S. Оцінку динаміки запального процесу в яснах проводили по індексу РМА.

Результати: в ході встановлення стоматологічного статусу у пацієнтів старшої вікової групи були виявлені ті чи інші патології зубощелепної системи (ЗЩС) у 100% обстежуваних. Найпоширенішими з яких стали карієс та його ускладнення - 33%, захворювання пародонту та слизової оболонки порожнини рота - 22%, а також часткова – 28% або повна – 17% втрата зубів.

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

У студентів було виявлено значно менше патологій ЗЩС, із них найпоширенішими були карієс та ускладнення 68%, часткова втрата зубів - 2%. Результати дослідження індексу РМА, ОНІ-S та індексу КПВ у пацієнтів різних вікових груп представлені в табл 1.

Вікова група	індексу РМА	ОНІ-S.	КПВ
19-30	24,3±2,2	1,85±0,15	8,30
41-60	41,2±4,5	3,15±0,53	16,30
Старше 60	62,3±5,1	5,62±0,61	20,30

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

ХАРАКТЕР ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК ИЗ ЗОНЫ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Дынный В. А.

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

Цель исследования: дать характеристику физического и полового развития детей из зоны вооруженного конфликта, находящихся на лечении в ГУ «ОЗДП НАМН».

Материалы и методы: обследовано 158 девочек 7–17 лет. Проводилось антропометрическое исследование по общепринятым методикам с использованием центильных таблиц. Половое развитие определялось по интенсивности развития вторичных половых признаков согласно классификации J. Таппег.

Результаты и их обсуждение: чаще всего изменения со стороны массы тела выявлялись в 7 летнем возрасте (57,1 %). В 10, 11, 13 и 16 лет удельный вес таких детей достоверно снижался (до 25 %; $p < 0,001$). В остальные возрастные периоды существенные отклонения массы тела регистрировались значительно реже от 8,7 до 16,7 %. Вес ниже 3 перцентили отмечался, в основном, у подростков 15–17 лет, ожирение наблюдалась как у девочек младшего, так и старшего возраста, но всё же достоверно чаще с 11 до 17 лет ($p < 0,01$).

Существенные изменения со стороны роста ($> \pm 2SDS$, что соответствует 3 и 97 перцентили) определялись у 16,5 % обследованных детей, что значительно чаще, чем в популяции (5,5–5,8 %, $p < 0,01$). Причем высокорослость и низкорослость регистрировалось с одинаковой частотой (8,25 %). Осмотр выявил, что половое развитие, которое соответствовало хронологическому (паспортному) возрасту, регистрировалось у 70,4 % всех обследованных девушек.

Установлено, что наиболее уязвимой группой относительно нарушений физического развития являются девочки, уровень полового развития которых на момент вооруженного конфликта отвечал раннему пубертату.

Выводы: 1. Выявлено, что почти у 40 % девочек из зоны вооруженного конфликта имеется дисгормонизация физического развития. Около 30 % всех обследованных девочек имеют отклонения в формировании полового развития.

2. Наиболее уязвимой группой относительно нарушений физического развития являются девочки, уровень полового развития которых на момент вооруженного конфликта соответствовал раннему пубертату.

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕВОЧЕК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Дынник В. А., * Дынник А. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»

*Харьковский национальный медицинский университет,

г. Харьков, Украина

Цель исследования: изучение частоты и характера коморбидных состояний у подростков с аномальными маточными кровотечениями.

Материалы и методы: обследовано 342 девочки в возрасте 11-17 лет с аномальными маточными кровотечениями. Всем пациенткам проводили антропометрические измерения с определением роста, массы тела, вычисляли ИМТ. Проводилось определение показателей липидного, углеводного обмена, трансабдоминальное ультразвуковое сканирование органов малого таза с использованием секторального датчика с частотой 3,5 МГц. Все пациентки были осмотрены мультидисциплинарной командой врачей.

Исследование одобрено комитетом биоэтики и деонтологии при ГУ «ИОЗДП НАМН».

Результаты: получены данные, свидетельствующие о высокой частоте коморбидных состояний у пациенток с АМК ПП. Только у 9,6% обследованных не была выявлена сопутствующая патология.

Избыточная масса тела и ожирение регистрировались почти у трети больных (26,3 %). Более чем у половины (62,8 %) выявлялось сочетание нарушений менструальной функции и различных тиреопатий. В основном регистрировался диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) разной степени выраженности. У 81,7 % подростков отмечались нарушения со стороны психического здоровья (пограничные психические расстройства, вегетативная дисфункция). Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта были выявлены почти у всех пациенток с АМК ПП (90,8 %). Наличие коморбидной патологии более чем в 1,5 раза снижает эффективность проводимой негормональной терапии АМК ПП, в 3,5 раза увеличивает количество рецидивов заболевания.

Выводы: коморбидная патология у пациенток с АМК ПП усугубляет тяжесть состояния девочки, снижают адаптивные возможности и эффективность лечения, является фактором риска развития в будущем серьезных обменно-эндокринных, сердечно-сосудистых заболеваний. Данная категория больных требует особого алгоритма обследования и назначения адекватного терапевтического вмешательства с учетом всех выявленных нозологических форм и сочетаемости препаратов.

ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПІСЛЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ

Діденко О. З., Кобза І. І., Яворський О. Г.

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

Мета: вивчити зміни варіабельності артеріального тиску (АТ) у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу до та після хірургічного лікування стенозів каротидних артерій.

Матеріали і методи: відібрано 84 хворих з АГ і ЦД II типу, що знаходились у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з 15.01.2017 по 16.12.2018 р., з метою проведення каротидної ендартеректомії (КЕ). Середній вік – $58,7 \pm 6,5$ р. Серед них - 59 (70,2%) чоловіків та 25 (29,8%) жінок. Перше обстеження (1 обст.) - за 2 дні до операції, через 4 дні – друге обстеження (2 обст.) та 3-6 місяців після операції, відповідно, третє обстеження (3 обст.). КЕ проведена під місцевою анестезією. Ступінь добових коливань АТ (SD) розрахований стандартними методами варіаційної статистики. Керувались нормативними значеннями АТ, що обумовленні в Європейських рекомендаціях з діагностики та лікування АГ (ESH/ESC Guidelines, 2018). Підвищеною варіабельністю вважається значення стандартного відхилення від середнього АТ, що перевищувало вдень 15/14 мм рт. ст., вночі 14/12 мм рт. ст., відповідно для систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) АТ. Добовий моніторинг АТ (ДМАТ) здійснювали пристроєм АВРМ-04.

Результати дослідження: 1 обст. показало вагоме відхилення від нормативів показників добової ($17,3 \pm 2,19$) мм рт. ст та денної ($16,4 \pm 3,35$) мм рт.ст варіабельності САТ, та в меншій мірі показників варіабельності ДАТ за день ($13,1 \pm 2,01$) мм рт. ст., за ніч ($11,9 \pm 2,88$) мм рт. ст., протягом доби ($14,3 \pm 2,45$) мм рт. ст. Це свідчить про надмірний ступінь коливань АТ. В ранньому післяопераційному періоді спостерігали достовірні позитивні зміни варіабельності за рахунок добових показників САТ ($16,4 \pm 2,22$) мм рт. ст. ($p < 0,02$) та ДАТ ($13,2 \pm 2,06$) мм рт. ст. ($p < 0,04$). Порівнюючи з 1 обст., під час 3 обст. зафіксовано прогресуюче зниження показників варіабельності САТ за добу ($14,8 \pm 1,54$) мм рт. ст. ($p < 0,001$), за день ($14,7 \pm 2,58$) мм рт. ст. ($p < 0,01$), за ніч ($12,2 \pm 2,3$) мм рт. ст. ($p < 0,001$). Достовірно знизилась варіабельність ДАТ за добу ($p < 0,05$) та за ніч ($p < 0,001$). Не відбулось достовірного покращення денної варіабельності ДАТ.

Висновки: хірургічне лікування каротидних стенозів у хворих з АГ та ЦД 2 типу зумовлює стійке зниження показників варіабельності систолічного та діастолічного АТ у ранньому та віддаленому післяопераційному періодах.

ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ДО ТА ПІСЛЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ

Діденко О. З., Кобза І. І., Яворський О. Г.

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

Мета: вивчити динаміку показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу після каротидної ендартеректомії (КЕ).

Матеріали і методи: відібрано 64 хворих з АГ і ЦД 2 типу, що знаходились у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з 15.01.2017 по 29.08.2018 р., з метою проведення КЕ. Середній вік – $56,3 \pm 7,5$ р. Серед них – 47 (68,2%) чоловіків та 17 (31,8%) жінок. Перше обстеження (1 обст.) – за 2 дні до операції, через 3-6 місяців після операції – друге обстеження (2 обст.). КЕ була проведена під місцевою анестезією. ДМАТ здійснювали осцилометричним методом з допомогою пристрою АВРМ-04. При проведенні дослідження були використані нормативні значення артеріального тиску (АТ), що обумовленні в Європейських рекомендаціях з діагностики та лікування АГ (ESH/ESC Guidelines, 2018).

Результати дослідження: на етапі 1 обст. усі показники ДМАТ виходили за рамки нормативних значень. Результати 2 обст. показали зниження показників (АТ). Відбулась достовірна позитивна динаміка добового ($p < 0,001$), денного ($p < 0,001$) та нічного ($p < 0,001$) середнього систолічного АТ (сСАТ) та середнього діастолічного АТ (сДАТ) за добу ($p < 0,004$), за день ($p < 0,01$), за ніч ($p < 0,03$). Враховуючи те, що зниження САТ було вагомішим, ніж ДАТ, ми отримали позитивні зміни пульсового АТ ($p < 0,05$). На етапі 1 обст. отримали добовий профіль типу dipper (достатнє зниження АТ вночі) у 26,8% хворих, недостатнє зниження нічного АТ (non-dipper) – 45,2%, надмірне зниження АТ вночі (hyper-dipper) – 18,9% та нічну гіпертензію (night-peaker) – у 9,1% хворих. Звертає увагу високий відсоток хворих з достатньо рідкісним варіантом АГ з надмірним нічним зниженням АТ (понад 20%). Припускають, що цей тип добового профілю АТ асоціюється з підвищенням ризику ішемічного інсульту. Під час 2 обст. достовірно знизився відсоток хворих з типом hyper-dipper (до 10,1%) та зросла частка хворих з типом night-peaker (до 18,9%).

Висновки: добовий профіль АТ у пацієнтів із патологією сонних артерій та супутніми АГ та ЦД 2 типу характеризувався недостатнім зниженням АТ вночі (non-dipper) та вагомою часткою пацієнтів з надмірним зниженням нічного АТ (hyper-dipper), що відмічалось під час двох обстежень. Хірургічне лікування каротидних стенозів асоційоване зі стійким зниженням показників АТ.

ВПЛИВ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ

Діденко В. І., Зигало Е. В., Меланіч С. Л.

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

Мета: оцінити частоту виявлення синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) та алкогольну хворобу печінки (АХП) на фоні взаємозв'язку між розвитком порушень мікробіоти та перебігом цих захворювань.

Матеріали та методи: обстежені хворі були розподілені на групи в залежності від етіологічних факторів при формуванні та прогресуванні стеатозу та фіброзу печінки: I група -12 хворих на ХГС, II група -15 пацієнтів – АХП. Хворим виконано ЧПТБП, одноразово у кожного були взяті 3 біоптати з різних зон печінки (VII сегмент). Для вибору місця пункції і ЧПТБП використовували сканер "HITACHI EUB 405" з конвексним датчиком з частотою 5,5 МГц. Для оцінки ступеня активності хронічного гепатиту використовується індекс гістологічної активності (ІГА) по Knodell. Для діагностики СНБР виконувався водневий дихальний тест (ВДТ) з глюкозою з використанням газоаналізатора «Gastro» Gastrolyzer компанії Bedfont Scientific Ltd (Великобританія).

Результати: аналіз отриманих результатів зареєстрував чіткий взаємозв'язок показників ВДТ та ІГА. Було визначено, що при відсутності СНБР (рівень виділення водню менше 10 ppm) констатується мінімальна ступінь активності хронічного гепатиту, що відповідає ІГА 1-3 балам; слабовиразна ступінь ІГА (4-8 балів) була притаманна 66,7 % хворим на СНБР (з рівнем виділення водню більше 20 ppm); у 75,0 % хворих з помірним ступенем ІГА (9-12 балів) спостерігався СНБР. Це є доказом, що при ХГС рівень виділення водню адекватно відображає ступінь активності запального процесу в печінці. З метою вивчення впливу порушення мікробіоти в тонкому кишечнику на розвиток жирової дистрофії в залежності від етіологічного фактора було проаналізовано співвідношення гістологічних показників прогресування стеатозу із показниками ВДТ. У хворих на ХГС із прогресуванням стеатозу збільшується кількість випадків СНБР, і, навпаки, більшість хворих із АХП, які мали гістологічно підтверджений мікро-везикулярний та дрібнокрапельний стеатоз печінки виявляли при дослідженні ВДТ порушення мікробіоти у тонкому кишечнику.

Висновки: із збільшенням активності запального процесу та ступеня стеатоза печінки зростає рівень порушень мікробіоти в тонкому кишечнику, тобто синдром надлишкового бактеріального росту негативно впливає на перебіг хвороби.

ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ДО ТА ПІСЛЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ

Діденко О. З., Кобза І. І., Яворський О. Г.

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

Мета дослідження: вивчення динаміки когнітивних функцій (КФ) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом (ЦД) II типу до та після хірургічного лікування каротидних стенозів.

Матеріали і методи дослідження: відібрано 148 пацієнтів з АГ і ЦД II типу, що знаходились на обстеженні у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з 19.05.2014 по 26.07.2018 р. Середній вік склав – (57,7±6,5) р. Серед них – 97 (65,8%) чоловіків та 51 (34,2%) жінок. Для оцінки КФ застосовували експериментально-психологічні методики: цифрова коректурна проба для дослідження уваги (Рубінштейн С.Я., 1980); запам'ятовування геометричних фігур (Ф.Е. Рибаків); методика "запам'ятовування 10 слів" для вивчення слухової пам'яті (Рубінштейн С.Я., 1980). Перше обстеження (1 обст.) – за 2 дні до операції, через 4 дні та 3-6 місяців після операції відповідно друге та третє обстеження (2 та 3 обст.). КЕ проведена під місцевою анестезією.

Результати та їх обговорення: результати 1обст. за методикою "запам'ятовування 10 слів" показали зниження об'ємів короточасної (4,54±0,2) та довготривалої (5,62±0,2) пам'яті, а також її продуктивності (0,48±0,01) на доопераційному етапі. В нормі 10 слів слід запам'ятати протягом 1-3 серій. При роботі з пацієнтами було потрібно 5-6 серій, проте всі 10 слів відтворювались вкрай рідко. Під час 2 обст. достовірної позитивної динаміки не відбулось. Порівнюючи з 1 обст., під час 3 обст. спостерігали достовірне покращення об'єму короточасної пам'яті (6,62±0,2) ($p<0,05$), та її продуктивності (35,92±1,1) ($p<0,05$). Відбулась достовірна позитивна динаміка рівня зорової пам'яті (0,67±0,02) проти (0,48±0,01) ($p<0,05$). Інтерпретація результатів цифрової коректурної проби показала зниження концентрації уваги (переважання помилок у лівій половині бланку (4,59±0,5) при нормі 1-2 помилки) та розумової працездатності (кількість опрацьованих рядків за 6 хв. не більше (31,41±0,8) при нормі 50), проте не виявлено виснаження уваги. Під час 2 обст. відбулась позитивна динаміка даних показників. При порівнянні з 1 обст., відбулось достовірне підвищення рівня уваги під час 3 обст.: кількість опрацьованих рядків за 6 хв. збільшилась (47,58±0,1, $p<0,05$).

Висновок: КС є ефективним методом корекції КФ у пацієнтів із патологією сонних артерій та супутніми АГ і ЦД II типу.

ГІРКОТИ ЯК ОСНОВНІ БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ ХМЕЛЮ. КЛІНІЧНА ТА ФАРМАКОЛОГІЧНА ОЦІНКА

Довга І. М., Поволокіна І. В., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.,
Торяник І. І., Макаренко В. Д.

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

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Медичний університет, м. Київ, Україна

Мета: надати клініко-фармакологічну оцінку гіркотам як біологічно активним речовинам екстрактів хмелю.

Матеріал та методи: лікарські форми протимікробної дії (56 зразків) на основі біологічно активних речовин хмелю та хмелепродуктів, розроблені в лабораторії протимікробних засобів ДУ «ІМІ НАМН».

Результати: встановлено, що фармакологічну активність шишок хмелю визначають гіркоти, поліфенольні сполуки, ефірна олія. Вміст біологічно активних речовин має значення для фармацевтичного виробництва та використання засобів із хмелю у медицині. Шишки хмелю містять 0,2-1,8 % ефірної олії, 2-5 % поліфенольних сполук і від 5 до 26 % гіркот. Лупулін містить 1-3 % ефірної олії, близько 5 % гіркот, 50-70 % смолистих речовин, а також воски, жовтий пігмент, холін, гіпоксантин, аденін, цератинову та ізопропілакрилову кислоти, а також гумулін (хопеїн) – алкалоїдоподібну речовину з наркотичною дією. Гіркоти хмелю, що належать до полікетидів ацилфлороглюцинового типу, є сумішшю кислих і смолистих речовин. Вони розчинні в холодному метанолі та діетиловому ефірі. М'які смоли – фракція загальних смол, розчинна в парафінових вуглеводнях, з низькою точкою кипіння, що складається з α - і β -кислот, α - і β - м'яких смол. Неохарактеризовані м'які смоли є сумішшю α - і β -м'яких смол – продуктів окислення α - і β -кислот відповідно. До першої половини ХХ століття були відомі лише одна α -кислота (гумулон) і одна β -кислота (лупулон). Вони мають аліциклічну будову і є похідними флороглюцину. α -Кислоти хмелю – ацилфлороглюциди з двома ізопреніловими залишками, а β -кислоти – ацилфлороглюциди з трьома ізопреніловими залишками. Встановлено, що основними компонентами фракції α -кислот, крім гумулону, є когумулон, адгумулон, прегумулон, постгумулон, 4-дезоксигумулон. Когумулон і адгумулон оптично активні, лівообертаючі речовини, представляють собою олії з дуже гірким смаком. Подібно до гумулону, вони містять три активні атоми водню. У фракції β -кислот, крім лупулону, містяться колупулон, адлупулон, прелупулон, постлупулон.

Висновок: гіркоти хмелю з групи гумулону, дезоксигумулону і лупулону не стійкі. Стабільність α -кислот зумовлена певним вмістом у хмелю токоферолів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ВАЗОРЕГУЛЯЦІЇ ПІСЛЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Дроник І. С., Яворський О. Г., Скларов О. Я., Пшик Р. С.

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

Мета: оцінити взаємозв'язок деяких показників ендотеліальної вазорегуляції під впливом фізичного навантаження в осіб з артеріальною гіпертензією.

Матеріали і методи: було проведено визначення рівня малонового диальдегіду, каталази, сірководню, L-аргініну, аргінази, оксиду азоту, нітрит-аніону, суму нітриту-нітрату, кортизолу та активність супероксиддисмутази і аргінази і їх зміни під впливом фізичного навантаження у сироватці крові 30 осіб з артеріальною гіпертензією II стадії (18 чоловіків та 12 жінок). Середній вік пацієнтів становив $43,38 \pm 0,96$ років, маса тіла – $85,96 \pm 3,53$ кілограми. Двоступеневе фізичне навантаження здійснювалося на велоергометрі з інтенсивністю, яка відповідала 50 і 75 % належного максимального споживання кисню організмом. Тривалість навантаження становила по 5 хв на кожному етапі з 3-хвилинним відпочинком між ними. Забір крові з ліктьової вени проводився перед фізичним навантаженням та через 5 хвилин після нього.

Результати: найшвидше на велоергометричне навантаження реагували показники газоподібних месенджерів - NO та H_2S на тлі незначних змін вмісту кортизолу, активності аргінази, СОД і каталази. Разом з тим збільшення рівня L-аргініну та сірководню відбувалося на фоні зменшення нітрит-аніону та суми нітрит-нітрату, що підтверджувалося наявністю корелятивних зв'язків між цими показниками. Так, відмічався сильний корелятивний взаємозв'язок між L-аргініном та NO, а також негативний зв'язок середньої сили між L-аргініном та нітратами як до, так і після фізичного навантаження.

Висновок: відмічено негативні взаємозв'язки між гідроген сульфідом і нітратами до і після фізичного навантаження, що свідчить про опосередковану взаємодію між цими системами вазорегуляції. Негативні кореляції між NO і кортизолом та сірководнем і рівнем нітратів вказують на те, що вазодилатація здійснюється або за участю NO, або за участю гідроген сульфід. Негативний зв'язок середньої сили між NO і кортизолом, який посилюється після фізичного навантаження, може вказувати на те, що в осіб із переважанням симпатoadреналової активності у процесах вазодилатації бере участь сірководень. Приведені дані свідчать про різну швидкість реагування ферментних систем у відповідь на фізичне навантаження у пацієнтів при підвищенні артеріального тиску.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРВІТИНУ ПРИ ПОРУШЕННІ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., *Михайлевська Т. В.,
*Савченко Т. М., *Кузнєцова Т. О., *Корнієнко С. В.

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

**Київська міська клінічна лікарня № 3, м. Київ, Україна*

Мета: встановити вплив корвітину на жирнокислотний спектр фосфоліпідів мембран еритроцитів у хворих на гострий коронарний синдром з систолічною дисфункцією лівого шлуночка.

Матеріал та методи: обстежено 49 хворих з гострим коронарним синдромом, що ускладнився систолічною дисфункцією лівого шлуночка. Серед них 28 пацієнтам, що увійшли в основну клінічну групу, на тлі базисної терапії призначався корвітин 500 мг інфузійно внутрішньовенно (в першу добу триразово, в другу-дворазово, третю-четверту добу одноразово), іншим (21 пацієнт, що склали контрольну групу) проводилась лише базисна терапія. Спектр жирних кислот (ЖК) в мембранах еритроцитів визначався на газорідному хроматографі серії «Цвет-500» із плазмо іонізаційним детектором в ізометричному режимі.

Результати: встановлено нами зниження сумарної величини поліненасичених ЖК (з $51,3 \pm 1,6\%$ до $39,0 + 1,8\%$ $p < 0,005$). Наближення її до рівня практично здорових осіб може свідчити про послаблення процесу надмірної ліпопероксидації на рівні біологічних мембран. Відновлення жирнокислотного спектру фосфоліпідів клітинних мембран позитивно позначається на функціональній активності трансмембранних АТФ-аз та механізмах енергозабезпечення.

Висновок: призначення корвітину позитивно впливає на процес відновлення жирно-кислотної рівноваги фосфоліпідів біомембран та структурно-функціональну активність при гострому коронарному синдромі із систолічною дисфункцією лівого шлуночка.

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, 370нм, 430нм, 530нм) 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 та 530нм, що свідчить про посилення процесу окислення амінокислотних залишків різних амінокислотних груп. У свою чергу, посилення окислення білкових молекул на рівні біомембран сприяє зниженню її бар'єрних властивостей, порушенню електрогенних можливостей йонних насосів, посиленню електричної нестабільності 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 та 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.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЗНАЧИМІСТЬ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ДЛЯ ПРОГНОЗУ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Жарінова В. Ю., Войнаровська Г. П.

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

Зважаючи на суттєве постаріння населення України актуальною науковою проблемою є питання покращення виживання хворих похилого віку з ішемічною хворобою серця (ІХС). Доведено, що важливе значення для прогнозу перебігу ІХС має наявність факторів кардіоваскулярного ризику (КВР). Однак для старшої вікової групи досліджень які присвячені визначенню поширеності та прогностична значимість факторів КВР в Україні не проводилися.

Мета роботи - визначити поширеність та прогностичну значущість основних факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) у осіб літнього віку.

Матеріали та методи: був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 454 пацієнтів з ІХС віком 60-90 років, які тривало спостерігалися в кардіологічному відділенні ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМНУ» за період з 1997-2017рр. Основний діагноз ІХС: стабільна стенокардія напруження I-III ФК. Спостереження за пацієнтами тривало 5-20 років. В якості кінцевої точки було взято кардіоваскулярну смерть. Вивчалась частота факторів КВР: артеріальна гіпертензія(АГ), загальний холестерин (ЗХ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), індекс атерогенності, глюкоза, артеріальний тиск (АТ), паління, наявність цукрового діабету (ЦД), інфаркту міокарда(ІМ) , фібриляція передсердь(ФП). Статистичну обробку даних проводили за допомогою статистичних програм STATISTICA 7.0, MedCalc Statical Software v.11.5.0.0.

Результати: в результаті аналізу даних показано, що найбільш поширеними факторами кардіоваскулярного ризику у хворих на ІХС старше 60 років виявились АГ-89,2%, ЗХ-71,4%, ЦД-11,7%, паління-17,3%. Загалом, частота одночасної присутності кількох факторів КВР була вищою, а саме один ФР-6,9% пацієнтів, два ФР мали -19,9% пацієнтів, три ФР-30,3% пацієнтів, чотири ФР-23,8% пацієнтів, п'ять ФР-13,9% пацієнтів, шість ФР-2,2%.пацієнтів. При багатofакторному регресійному аналізі було виявлено, що найбільше значення для показника тривалості життя має ЛПНЩ, глюкоза, ЧСС, а також рівень САТ.

Висновки: найпоширенішими факторами кардіоваскулярного ризику у хворих на ІХС старше 60 років виявились АГ, ЦД, куріння, а факторами що мають найбільше прогностичне значення для прогнозу ранньої КВ смерті є ЛПНЩ, глюкоза крові, ЧСС, рівень САТ.

ЗВ'ЯЗОК КАЛЬПРОТЕКТИНУ З ПАРАМЕТРАМИ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Журавльова М. І., Риндіна Н. Г., Кожин М. І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: проаналізувати зв'язки імунозапалення на підставі вивчення кальпротектину, а також оцінити наявність та характер зв'язків з показниками вуглеводного обміну на підставі вивчення рівнів глюкози крові, інсуліну та виразності інсулінорезистентності.

Матеріали і методи. обстежено 64 хворих (середній вік 65, $31 \pm 1,62$ років) на ГІМ із супутнім ЦД 2 типу), які знаходились на лікуванні у інфарктному відділенні харківської міської клінічної лікарні №27 та харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1.

Проведено лабораторне обстеження хворих протягом першої доби від початку гострого інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST до початку проведення тромболітичної терапії або перкутанного втручання. Концентрація глюкози сироватки крові визначали глюкозооксидазним методом. Визначення рівня інсуліну здійснювали імунферментним методом з використанням тест-системи EIA-2935, Insulin ELISA. Визначення рівня кальпротектину сироватки крові здійснювали імунферментним методом з використанням тест-системи MRP8/14 ELISA KIT.

Оцінка рівня порушення вуглеводного обміну проводилася шляхом розрахунку індексу інсулінорезистентності HOMA за математичною формулою: Індекс HOMA: $(G_0 \times I_0) / 22,5$.

Результати: виявлено кореляційні зв'язки прямого характеру між вмістом кальпротектину та індексом інсулінорезистентності HOMA ($R = 0,52$; $p < 0,05$), інсулінемією ($R = 0,57$; $p < 0,05$), глікемією натщесерце ($R = 0,59$; $p < 0,05$).

Висновки: отримані дані дають змогу припустити наявність взаємин між порушенням гомеостазу вуглеводів та активністю імунного запалення за рахунок його прозапальної ланки. Кальпротектинемія асоціюється з прогресуванням виразності інсулінорезистентності, що визначається за допомогою відповідного індексу (HOMA). Прямий кореляційний зв'язок між кальпротектином та показниками вуглеводного обміну може свідчити на користь роботи імунної системи в якості модулятора концентрації циркулюючого кальпротектину.

ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНИХ ОСТЕОАРТРОПАТІЙ

Журавльова Л. В., Федоров В. О., Сікало Ю. К., Олійник М. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Перебіг цукрового діабету (ЦД) часто ускладнюють діабетичні остеоартропатії (ДО), які супроводжуються порушенням мінералізації кісток і фосфорно-кальцієвого балансу.

Метою роботи була оцінка ефективності застосування препаратів гіалуринової кислоти з урахуванням порушень мінерального обміну у хворих на ЦД з ознаками діабетичної остеоартропатії.

Матеріали і методи: у ревматологічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» проведено обстеження 42 хворих на ЦД 2 типу з клінічними проявами ДО і тривалістю захворювання від 12 до 22 років у стадії субкомпенсації (HbA_{1c} – 7,6±0,8 %). Під час лікування хворі були випадково розподілені на 2 групи: у комплексній терапії в першій групі (22 пацієнти) був застосований артрон комплекс (натрію хондроїтин сульфат, глюкозамін гідрохлорид), у другій групі (20 хворих) була застосована гіалуринова кислота (в/суглобово 1 раз на тиждень №3).

Результати: після закінчення курсу лікування в стаціонарі (13-15 днів) позитивна динаміка відзначалася в обох групах хворих, що проявилася в зменшенні больового синдрому в уражених суглобах (у 12 хворих 1-ої групи, та у 18-другої), збільшенням об'єму рухів (у 8 пацієнтів 1-ої групи та в 13 - другої), зменшенням припухлості (у 9-ти пацієнтів 1-ої та у 12- другої груп).

Після закінчення курсу лікування в стаціонарі в біохімічних показниках сироватки крові (ЛФ, СМ та СК) відзначено незначну позитивну динаміку в обох групах. Проте при проведенні контрольного обстеження через 3 місяці була наявна вірогідна нормалізація мінерального балансу в першій та другій групах, але незначно більш виражені зміни спостерігалися в групі хворих, які в комплексній терапії вживали препарати гіалуринової кислоти. При визначенні біоелементного балансу після закінчення лікування спостерігалось підвищення вмісту фосфору сироватки крові (до 0,94±0,04 ммоль/л, в першій групі, до 0,98±0,07 в другій) і зменшення гіперкальціурії (до 5,6±0,3 ммоль/л в першій групі, до 5,2±0,2 ммоль/л в другій групі хворих).

Висновки: препарати гіалуринової кислоти позитивно впливають на перебіг діабетичної остеоартропатії. При цьому більш виражений ефект спостерігається при внутрішньо суглобовому локальному застосуванні хондропротекторів.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ АВТОНОМНОЇ НЕЙРОПАТІЇ

Журавльова Л. В., Кривоносова О. М.

Харківський національний медичний університет, м Харків, Україна

Мета: визначення ефективності комбінованого застосування бенфотіаміна і альфа-ліпоєвої кислоти (АЛК) у хворих з діабетичною холецистопатією (ДХ).

Матеріали і методи: було обстежено 30 хворих на ЦД 2 типу з ДХ, з дисфункцією жовчного міхура (ЖМ) і жовчовивідних шляхів за гіпотонічно-гіпокінетичним типом в умовах ендокринологічного відділення КНП ХОР «ОКЛ», які були розділені на дві групи. 1-а група (15 хворих) - пацієнти з ДХ, які отримували традиційне лікування у вигляді дієти №9/5, гіпоглікемічних та жовчогінних засобів; 2-а група (15 хворих) - пацієнти з ДХ, які додатково використовували бенфотіамін (2 мл в/м 1 раз на день протягом тижня, далі – згідно схеми протягом 6 тижнів) в поєднанні з АЛК (по 600 мг на добу в/в крапельно N10 з подальшим прийомом всередину по 600 мг протягом 6 тижнів). Протокол обстеження передбачав: вивчення вуглеводного обміну шляхом визначення глікемічного профілю, глікозильованого гемоглобіну (HbA1c); ультрасонографічне дослідження ЖМ і печінки, динамічну ехографію з жовчогінною пробою (Клименко Е.Ф., 1995).

Результати: на тлі проведеної терапії компенсація порушень вуглеводного обміну у 2-й групі пацієнтів відбувалася краще, ніж у 1-й групі (глюкоза натще становила $6,5 \pm 0,17$ ммоль/л, HbA1c - $6,6 \pm 0,21\%$ та $7,5 \pm 0,18$ ммоль/л, $7,32 \pm 0,21\%$ відповідно). При виконанні оглядової холецистогепатографії після лікування у 2-й групі пацієнтів були відсутні септальні перетинки ЖМ (в 1-й групі зустрічалися у 25% випадків) і деформації контуру ЖМ (в 1-й групі виявлялися у 20% пацієнтів). При проведенні динамічної ехографії після лікування у пацієнтів обох груп визначалося зниження латентного періоду холекінетичного рефлексу (в 1-й групі до $15 \pm 0,6$ хв. у 2-й до $13 \pm 0,7$ хв.), зменшення початкового і кінцевого об'єму ЖМ в 1 -й групі до $55 \pm 1,9$ см³ і $25,0 \pm 0,1$ см³ відповідно, у 2-й - $48 \pm 1,8$ см³ і $21,0 \pm 1,0$ см³ відповідно, підвищення індексу скорочення ЖМ в 1 й групі до $1,8 \pm 0,2$, у 2-й до $2,1 \pm 0,3$.

Висновок: комбіноване застосування антиоксидантів (АЛК) в поєднанні з вітамінами групи В (бенфотіамін) у хворих з ДХ має нейропротекторний вплив на функціональний стан ЖМ і ЖВШ та поліпшує метаболічний контроль хворих на цукровий діабет.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ВАСПІНА ТА ПОКАЗНИКІВ
ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ
НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Журавльова Л. В., Пильов Д. І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ: доведено, що жирова тканина, як активний ендокринний орган, секретує велику кількість субстанцій, які беруть участь у регуляції метаболічних і фізіологічних процесів. Одним з таких представників є васпін – адипокін жирової тканини.

Мета: встановити та оцінити взаємозв'язок між показниками короткочасного вуглеводного обміну і рівнем васпіна у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД-2).

Матеріали та методи: у дослідженні брали участь 31 пацієнт (середній вік $50,3 \pm 2,8$ років) з ЦД-2, що знаходились на лікуванні у ендокринологічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ». Тривалість захворювання складала $9,02 \pm 6,75$ роки. Індекс маси тіла в середньому по групі становив $28,18 \pm 5,37$ кг/м². Показники вуглеводного обміну: глікемія натщесерце (ГНТ), індекс НОМА-IR, імунореактивний інсулін (ІРІ) та глікозильований гемоглобін (HbA_{1c}) визначали загальноприйнятими методами. Рівень васпіна у плазмі крові визначався методом ІФА з використанням тест-системи Ray Bio. Групу контролю складала 10 практично здорових добровольців.

Результати: встановлено, що середній рівень васпіна (пг/мл) в групі хворих ($3,47 \pm 1,53$) достовірно був вище ($p \leq 0,001$) в порівнянні з групою контролю ($2,11 \pm 0,68$). Встановлено достовірне підвищення рівня ГНТ (ммоль/л), що складав $8,18 \pm 2,41$ відносно показників ГНТ в контрольній групі $4,45 \pm 0,29$. Показник ІРІ (МкМЕ/мл) дорівнював $20,31 \pm 11,06$, що значимо відрізнявся від рівня ІРІ в контрольній групі - $10,01 \pm 2,47$ МкМЕ/мл. Значення НОМА-IR вірогідно відрізнялося від даного показника у контрольній групі та складало 6,55. Рівень HbA_{1c} у групі спостереження становив $7,23 \pm 1,25\%$, що було достовірно вище ніж у контрольній групі. В ході роботи виявлено достовірний від'ємний зв'язок васпіна з тривалістю ЦД-2 ($r = -0,35$; $p \leq 0,05$), разом із тим було відмічено кореляцію васпіна з ГНТ ($r = 0,62$; $p \leq 0,005$), ІРІ ($r = 0,60$; $p \leq 0,005$), НОМА-IR ($r = 0,45$; $p \leq 0,003$) та HbA_{1c} ($r = 0,56$; $p \leq 0,001$).

Висновки: отримані дані дозволили відмітити достовірний взаємозв'язок між концентрацією васпіна та глікемічним статусом. Збільшений рівень васпіна у пацієнтів з ЦД-2 порівняно з контрольною групою дає нам змогу висловити припущення, щодо впливу вивчаемого адипокіну на показники вуглеводного обміну. Тим самим, підвищений рівень васпіну може мати компенсаторний вплив на процес інсулінорезистентності.

ПОКАЗНИКИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ДІТЕЙ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА МАЛЬАБСОРБЦІЄЮ ЛАКТОЗИ

Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Ягмур В. Б., Татарчук О. М.,
Коненко І. С., Зигало Е. В.

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

Мета: визначення показників напруженості імунної відповіді у пацієнтів з неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП) в залежності від наявності мальабсорбції лактози.

Матеріали і методи: об'єктом дослідження були 56 дітей з неалкогольною хворобою печінки (НАЖХП). Середній вік пацієнтів склав $(12,6 \pm 2,4)$ років, індекс маси тіла (ІМТ) – $(26,9 \pm 3,8)$ кг/м². Критеріями включення було виявлення типових ознак жирової дистрофії печінки за даними сонографічного дослідження та показника затухання ультразвуку більш, ніж 232 дБ/м за даними стеатометрії. Сонографічне дослідження проводилося на УЗ сканері Toshiba Xario (Японія) з використанням В-режиму, стеатометрія - за допомогою апарата Soneus P7 (Харків, Україна). Пацієнти були розподілені на групи згідно наявності у них мальабсорбції лактози, ознаки якої встановлювали при проведенні водневого дихального тесту з навантаженням лактозою. Першу групу (I) склали 27 пацієнтів із мальабсорбцією, другу групу (II) 19 дітей без порушень всмоктування лактози. В досліджених групах порівнювали вміст прозапальних та протизапальних цитокинів (ІЛ-6, ІЛ-10, ФНП- α) та показник напруження клітинної ланки імунітету – нейтрофільно-лімфоцитарний індекс (N/L). Для визначення вмісту цитокинів використовували імуноферментний аналіз. Достовірних розходжень за статтю, віком, показниками стеатометрії та ІМТ в досліджених групах не спостерігалось.

Результати дослідження: середні значення вмісту ІЛ-6 склали $(2,3 \pm 0,9)$ пг/мл в I групі, $(2,8 \pm 0,2)$ пг/мл – в II групі, вмісту ІЛ-10 – $(5,7 \pm 1,8)$ пг/мл в I групі та $(4,9 \pm 2,8)$ пг/мл – у II групі, ФНП- α – $(1,5 \pm 0,29)$ та $(1,9 \pm 1,0)$ пг/мл у I та II групі відповідно. Достовірних відмінностей між групами за рівнем цитокинів не знайдено. Були виявлені відмінності ($p < 0,05$) між вмістом нейтрофільних лейкоцитів, лімфоцитів та N/L. Так у I групі вміст нейтрофілів склав $(52,6 \pm 13,8)$ %, у II - $(61,3 \pm 9,9)$ %, лімфоцитів у I групі було $(40,5 \pm 8,5)$ %, у II – $(32,7 \pm 10,4)$ %, а показник N/L склав $(1,5 \pm 0,7)$ та $(2,8 \pm 1,8)$ – в I та II групі відповідно.

Висновки: у дітей з НАЖХП з порушенням всмоктування лактози спостерігаються ознаки напруження клітинної ланки імунітету, що проявляються зниженням нейтрофільно-лімфоцитарного індексу. У той же час більш високий вміст лімфоцитів у пацієнтів з мальабсорбцією лактози не супроводжувався підвищеною продукцією як прозапальних, так і протизапальних цитокинів.

СИНДРОМ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ ЯК ПІДГРУНТЯ МІОФАСЦІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК

Заздравнов А. А., *Пасісшвілі Н. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

*Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради

"Обласний клінічний перинатальний центр", м. Харків, Україна

Хронічний тазовий біль (ХТБ) у жінок визначається як біль, локалізований внизу живота, що триває не менше шести місяців, не пов'язаний з менструальним циклом та/або сексуальною активністю. ХТБ є дуже поширеним патологічним станом: 5-15 % жінок у віці 18-50 років страждають на ХТБ, при цьому 60 % з них не мають чітко окресленого діагнозу. До одних з найбільш частих етіопатогенетичних компонентів ХТБ відносять міофасціальний больовий синдром з боку м'язово-скелетної системи тазу. Поряд з цим, міофасціальний біль є характерним для синдрому гіпермобільності суглобів (СГС), надзвичайно поширеного серед жінок патологічного стану опорно-рухової системи.

Мета роботи: дослідити особливості ХТБ у жінок з СГС.

Матеріали і методи: було обстежено 26 жінок з ХТБ у віці $24 \pm 2,11$ років. Попередньо проведене клінічне, сонографічне та біохімічне обстеження дозволило виключити органічну патологію тазової ділянки. Діагностика СГС проводилась на основі Брайтонських критеріїв (2000 р.) та критеріїв Бейтона (1998 р.). Статистична обробка здійснювалась шляхом обрахування непараметричного критерія χ^2 для оцінки розбіжностей емпіричного і теоретичного розподілів ознаки.

Результати: у 12 (46,2 %) з 26 обстежених жінок було діагностовано СГС. За критеріями Бейтона 8 хворих мали помірну гіпермобільність суглобів, решта 4 – виражену. ХТБ мав міофасціальний характер у 11 пацієнток: інтравагінальне пальцеве дослідження м'язів тазового дна виявило больовий спазм та тригерні больові зони переважно в ділянці *Musculus levator ani* та *Musculus piriformis*, більш рідко в процес втягувались інші тазові м'язи. При дискретній оцінці міофасціального компоненту було встановлено, що даний варіант ХТБ зустрічався у 8 пацієнток з СГС та у 3 хворих жінок без ознак даного синдрому. Статистична обробка даного розподілу показала, що міофасціальний больовий синдром в складі ХТБ зустрічається достовірно частіше у жінок з СГС ($\chi^2=5,418$, $df=1$, $p=0,020$).

Висновки: СГС у жінок з ХТБ виступає в якості підґрунтя для формування міофасціального компоненту хронічного болю, що слід враховувати (особливо за умови відсутності «явної» патології органів малого тазу) в своїй практичній діяльності терапевтам, сімейним лікарям та гінекологам.

ОСОБЛИВОСТІ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Зайченко О. Є., Ярьсько М. В., Панченко Г. Ю.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: визначити роль генетичного поліморфізму -634G / C (rs2010963) гена VEGF-A в формуванні ранніх атеросклеротичних змін у жінок з гіпертонічною хворобою в поєднанні з ожирінням в перименопаузі.

Матеріали та методи: обстежено 115 жінок 45-53 років в періоді перименопаузи, який охоплював 1-3 роки до та 12 місяців після повного припинення менструальної функції з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії, 1-2 ступеня та ожирінням I-II ст. Критеріями включення в основну групу був підтверджений діагноз ГХ та ожиріння. Контрольну групу склали 20 жінок в пременопаузі без ГХ та ожиріння. Дослідження алельного поліморфізму -634 C > G (rs 2010963) гена VEGF-A проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною схемою детекції результату за допомогою стандартної тест-системи «VEGF-ІФА-Бест». Виділення ДНК з цільної крові проводили за допомогою набору реактивів для виділення ДНК з клінічного матеріалу "ДНК-сорб-В". Визначення ТКІМ проводили ультразвукографічним методом двовимірного сканування судин в В-режимі за допомогою комплексу медичного діагностичного ультразвукового «Vivid 3».

Результати. Було проведено оцінювання ТКІМ в залежності від носійства певного генотипу за поліморфним локусом -634 G/C (rs2010963) гена VEGF-A. в групах пре- та менопаузи. Так в групі пременопаузи спостерігалась тенденція до збільшення показника ТКІМ у носіїв GG генотипу – 0,86 (0,84;0,9) мм в порівнянні з CG – 0,83 (0,81;0,85) мм генотипом (p=0,003). Та достовірно вище при порівнянні з носіями CC генотипу – 0,78 (0,75;0,81) мм (p=0,001). У групі менопаузи було також виявлено достовірне збільшення показника ТКІМ у носіїв генотипу GG – 0,90 (0,89;0,92) мм в порівнянні з CC генотипом – 0,84 (0,82;0,85) мм (p=0,002), але при порівнянні цих показників з результатами носіїв генотипу CG – 0,88 (0,86;0,9) мм достовірних відмінностей виявлено не було (p=0,06).

Висновки. Носійство генотипу GG поліморфізму -634 G/C (rs2010963) гена VEGF-A, можна розцінювати як фактор ризику кардіометаболічних змін у жінок з ГХ та ожирінням. Наявність цього генотипу призводить до негативних змін ліпідного та вуглеводного профілю, порушенням процесів обміну, що призводить до накопичення жирової тканини. Вже на етапі пременопаузи спостерігається потовщення ендотеліальної стінки сонних артерій, що можна розцінювати в якості найбільш ранньої ознаки початку атеросклерозу. Взаємодію естрогендефіциту та підвищення рівню VEGF як фактора ендотеліальної дисфункції, за рахунок гормонально-метаболічних порушень в організмі жінки в можна вважати важливою прогностичною ознакою розвитку серйозних серцево-судинних ускладнень.

ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Запровальна О. Є.

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

Мета: розробка концепції прогнозування ризику тромботичних і геморагічних ускладнень для вибору оптимально ефективної і безпечної схеми антитромбоцитарної терапії ішемічної хвороби серця (ІХС) на підставі вивчення клінічних, метаболічних і фармакогенетичних, особливостей реалізації ефекту антиагрегантів.

Матеріали та методи. Обстежено 382 пацієнта зі стабільними формами ІХС, які перебувають на тривалій (12-60 місяців) антитромбоцитарній терапії із застосуванням ацетилсаліцилової кислоти (АСК). Методи дослідження: антропометрія, біоелектрична імпедансометрія, визначення клубочкової фільтрації нирок, дослідження ендотеліальної функції, морфологічних і агрегаційних характеристик тромбоцитів, визначення показників вуглеводного обміну та ліпідного спектра крові, визначення аутоімунних показників і показників оксидативного стресу, визначення генетичного поліморфізму генів циклооксигенази-1 і глікопротеїнових рецепторів тромбоцитів (ГП ІІа, GPI, ТВХА2R-924T). Вплив досліджуваних факторів на перебіг ІХС оцінювався за допомогою покрокового регресійного аналізу по їх взаємозв'язку з розвитком несприятливих серцево-судинних подій (НССП).

Результати. У пацієнтів з ІХС при тривалому прийомі АСК спостерігається підвищення активності гемостазу за рахунок зниження чутливості до АСК. У хворих на ІХС на агрегаційну активність тромбоцитарного гемостазу негативно впливають надмірна вага і абдомінальне ожиріння. На розвиток ішемічних подій у хворих на ІХС впливали наявність ЦД, індекс маси тіла більше 30, наявність мінорної алелі ТВХА2R, вік старше 60 років, підвищений середній обсяг тромбоцитів, підвищений індекс арахідонат-індукованої агрегації тромбоцитів, ($p < 0,05$). Результати проведеного аналізу довели, що розвиток НССП було вірогідно пов'язаний із наявністю гострої серцево-судинної події в анамнезі, наявністю цукрового діабету 2 типу, підвищеним індексом маси тіла (> 30), віком старше 65 років, підвищеною агрегаційною активністю і наявністю мінорної алелі гена тромбоцитарного рецептора тромбоксану $RTx\text{A}2$.

Висновки. На підставі дослідження клініко-анамнестичних, метаболічних, фармакогенетичних факторів і активності тромбоцитарного гемостазу виділені критерії несприятливого перебігу ІХС і запропонований персоналізований підхід до призначення антитромбоцитарної терапії.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЭРИТРОЦИТАХ ЧЕЛОВЕКА ПРИ КРИОКОНСЕРВИРОВАНИИ С ГЛИЦЕРИНОМ

Землянских Н. Г., Мигунова Р. К., Бабийчук Л. А.

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

Целью исследования было изучение влияния проникающего криопротектора глицерина и процессов замораживания-отогрева на образование активных форм кислорода (АФК) в эритроцитах человека.

Материалы и методы: определение АФК в эритроцитах проводили методом проточной цитофлуориметрии на приборе FACS Calibur (Becton Dickenson, США) с помощью 2',7'-Dichlorofluorescein diacetate (DCFH-DA), который после взаимодействия с перекисью водорода в клетке превращался во флуоресцирующее соединение 2',7'-Dichlorofluorescein (DCF). Для замораживания эритроцитов использовали раствор консерванта, включающего 30% глицерол, 4% маннитол, 120 мМ NaCl, 10 мМ Трис-HCl (pH 7,4). Замораживание проводили в жидком азоте (-196 °C), отогрев – при 42–44 °C. Удаляли глицерин 3-этапной отмывкой с использованием 600мМ NaCl и 150 мМ NaCl. Результаты анализировали с помощью программы “WinMDI 2.8”. Изменения интенсивности флуоресценции DCF в эритроцитах характеризовали значением медианы гистограмм распределения. Статистическую обработку результатов выполняли с использованием программы “Statgraphics plus 2.1 for Win”.

Результаты: установлено, что в криоконсервированных эритроцитах после размораживания в присутствии консерванта интенсивность окислительных процессов практически не менялась. После удаления консерванта и переноса эритроцитов в физиологические условия *in vitro* интенсивность образования АФК не только не превышала, но была достоверно ниже, чем в контрольных клетках при инкубировании (37 °C, 1 час). Причины наблюдаемых сдвигов могут быть обусловлены изменениями субпопуляционного состава эритроцитов. Предположительно, неизбежные потери части клеток в процессе замораживания-отогрева и удаления глицерина связаны с лизисом субпопуляций старых эритроцитов, чувствительных к различным стрессам. Следовательно, преобладание в суспензиях уцелевших зрелых и юных клеток с высоким антиоксидантным потенциалом может обеспечить снижение значений медиан гистограмм распределения после удаления криопротектора.

Выводы: криоконсервированные под защитой глицерина эритроциты могут эффективно выполнять свои функции в русле крови реципиента, поскольку окислительно-восстановительные процессы позволяют им контролировать и сохранять стабильность компонентов мембраны.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ СИНДРОМОМ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ В ТОНКОМУ КИШЕЧНИКУ ТА ПОКАЗНИКАМИ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ

Зигало Е. В., Діденко В. І., Ягмур В. Б., Петішко О. П.

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

Мета: виявити та оцінити кореляції між наявністю синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) у тонкому кишечнику та показниками цитокінового стану, біохімічними та структурними змінами печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ).

Матеріали та методи: обстежено 37 хворих на НАСГ. Для визначення стадії фіброзу хворим проводилось дослідження CAP на апараті FibroScan 502 Touch F 60156, фірми Echosens, Франція. Отримані параметри оцінювались наступним чином: показники еластометрії до 7,1 кПа відповідали стадії фіброзу F0-F1, від 7,1 до 8,7 кПа – стадії F1-F2, від 8,7 до 9,5 кПа – F2, від 9,5 до 12,5 кПа – F3, від 12,5 до 14,5 кПа – F3-F4 та вище за 14,5 – F4 по шкалі Metavir. За цими показниками виявлено наступне: у 12 (32,4 %) хворих ступінь фіброзу дорівнював F2; F3-11 (29,7 %) хворих; F4-5 (13,5 %). Для діагностики СНБР проводили водневий дихальний тест (ВДТ) з навантаженням глюкозою з використанням газоаналізатора «Gastro» Gastrolyzer компанії Bedfont Scientific Ltd (Великобританія).

Результати: аналіз частоти виявлення СНБР в залежності від ступеня фіброзу показав, що достовірні зміни у стані мікрофлори тонкої кишки спостерігались у більшій кількості хворих із зростанням ступеня фіброзу (відповідно у 58,3 % хворих –F2 та у 81,8 хворих із F3 та у всіх хворих із F4). У обстежених хворих з позитивним СНБР виявлені взаємозв'язки, які характеризують поглиблення порушень імунітету при наявності СНБР. Зріст показника rрт при ВДТ визначається при зниженні хелперів CD4 ($r=-0,34$) ($p<0,001$) на фоні надмірної кількості цитотоксичних Т- лімфоцитів CD8 ($r=+0,36$, $r=-0,51$) ($p<0,001$), що свідчить про вплив мікробіотичних порушень на стан імунної системи, яка визначається неповноцінною за рахунок відсутності нормальної функціональної відповіді на зовнішні ушкоджуючі агенти на організм хворих. Позитивні зв'язки з такими біохімічними маркерами запального процесу, як рівень загального білка та рівень серомукоїдів із наявністю СНБР в тонкому кишечнику свідчить про порушення цілістності гепатоцитів та створює умови для виходу вуглеводно-протеїнових комплексів у кров із подальшим розвитком фіброзування печінки ($r=+0,51$) ($p<0,01$).

Висновки: встановили достовірний вплив порушень мікробіоти в тонкому кишечнику у 51,3 % хворих на НАСГ на імунологічні показники та біохімічні маркери запального процесу.

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ І ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У БЕЗСИМПТОМНИХ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Златкіна В. В., Ільченко І. А., Немцова В. Д., Чупіна В. І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити вплив ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ), показників добового моніторування електрокардіограми (ДМЕКГ) і функціонального стану нирок у пацієнтів похилого віку з артеріальною гіпертензією (АГ) на перебіг захворювання і прогноз.

Матеріал і методи: проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 198 стабільних пацієнтів з АГ старше 65 років (116 чоловіків і 82 жінок; середній вік $72,6 \pm 4,2$ роки; тривалість АГ – $11,8 \pm 5,5$ роки). Супутній цукровий діабет (ЦД) був у 68 хворих (34,3%). Оцінювали динаміку додаткових досліджень: ремоделювання ЛШ за даними ехокардіографії (ЕхоКГ) в М і в режимах за стандартною методикою; ниркову функцію - по рівню креатиніну сироватки крові і швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ, мл/хвил/1,73 м²; дані ДМЕКГ («РИТМ», Україна) - порушення ритму серця, клас шлуночкових екстрасистол (ШЕ) за Lown, значення QTc і стандартне відхилення від усіх нормальних RR (інтервали SDNN). Оцінювали наслідки захворювання – серцево-судинну (СС) смерть за 2 роки.

Результати: були встановлені різні зміни геометричної моделі серця (ГМС): нормальна геометрія (НГ) була лише у 8 пацієнтів (4,0%), концентричне ремоделювання (КР) у 40 пацієнтів (20,2%), концентрична гіпертрофія (КГ) у 108 пацієнтів (54,5%), ексцентрична гіпертрофія (ЕГ) у 42 пацієнтів (21,2%). Високі класи ШЕ (> клас 2) були частіше при ЕГ (68,4%) у порівнянні з іншими варіантами змін ГМС (КГ (52,7%), КР (23,4%), НГ (10,4%)). Середнє значення QTc було $459,8 \pm 34,8$ мс і прямо корелювало з індексованою масою ЛШ ($r=0,231$, $p=0,001$). Хронічна хвороба нирок (ХХН) встановлена у 45,8% хворих. У пацієнтів з ХХН був більш низький показник SDNN порівняно з особами зі збереженою функцією нирок (відповідно: $91,03 \pm 3,17$ мс і $104,79 \pm 32,85$ мс; $p=0,019$), а SDNN безпосередньо корелював з ШНФ ($r=0,159$; $p=0,019$). Подовження QTc ($r=2,18$; ДІ - 95% (1,11 - 4,41); $p=0,030$) було у 67,9% пацієнтів.

Через 2 роки смертність від СС захворювань становила 46,5%.

Висновки: у похилих пацієнтів з АГ навіть при відсутності симптомів захворювання наявність супутнього ЦД, зміни геометрії ЛШ, подовження QTc і зменшення SDNN при ДМЕКГ є незалежними предикторами несприятливих результатів захворювання і можуть бути використані для визначення високого СС ризику.

**ПОДОВЖЕННЯ ІНТЕРВАЛУ QTc ЯК ПРОГНОЗУЮЧИЙ ФАКТОР
РЕЦИДИВУ АРИТМІЇ ПІСЛЯ КАТЕТЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ ФІБРИЛЯЦІЇ
ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ**

Золотарьова Т. В., *Більченко О. В., Бринза М. С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
м. Харків, Україна*

**Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
м. Харків, Україна*

Мета: дослідити взаємозв'язок між тривалістю інтервалу QTc і рецидивом аритмії після катетерної абляції фібриляції передсердь у хворих на хронічну серцево недостатність.

Матеріали і методи: обстежено 76 пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) у віці $60,6 \pm 7,05$ ($M \pm sd$) зі збереженою фракцією викиду (зФВ) лівого шлуночка ($>40\%$) I-III ФК NYHA, яким була проведена катетерна абляція з приводу фібриляції передсердь (ФП). Стратегія абляції включала білатеральну ізоляцію легеневих вен (ІЛВ) для пароксизмальної ФП ($n=36$) та ІЛВ плюс лінійні абляції покришки лівого передсердя, мітрального перешийка і трикуспідального перешийка для персистоючої ФП ($n=40$). Для вимірювання тривалості інтервалу QT та подальшим розрахунком QTc проводилась реєстрація ЕКГ на комп'ютерному електрокардіографі «Cardiolab+» (ХАІ-Медика). Передпроцедурний та післяпроцедурний QTc був зкорегований за допомогою формули Bazett. Пацієнти були розподілені на групи з рецидивом ФП та без рецидиву на піврічному етапі спостереження.

Результати: виявлено, що у 12 (15,7%) пацієнтів спостерігався рецидив ФП. Пацієнти з рецидивом мали більш тривале подовження QTc після абляції, ніж ті, у яких рецидиву не було (432 ± 32 мсек vs. $418 \pm 33,73$ мсек, $p=0,004$). Подовження QTc було прогнозуємим фактором рецидиву аритмії після абляції ФП у пацієнтів з ХСН зі зФВ лівого шлуночка.

Висновок: подовження QTc є незалежним фактором ризику раннього рецидиву після катетерної абляції фібриляції передсердь у пацієнтів з ХСН зі зФВ лівого шлуночка, що потребує подальшого вивчення.

**ДОСВІД ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ СЕРІЙ МАЗЕЙ НА ОСНОВІ
ЕКСТРАКТИВ ХМЕЛЮ**

**Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Мнушко З. М., Журавель І. О.,
Похил С. І., Торяник І. І., Моїсеєнко Т. М., Грищенко М. І.,
Грищенко В. М.**

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

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Медичний університет, м. Київ, Україна

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета: визначали токсичні характеристики розроблених лікарських засобів протимікробної направленості.

Матеріал і методи: в експерименті застосовували білих лабораторних мишей (n= 50) масою 20 – 22 г. Тварин розподіляли на п'ять груп: I – IV групи тварин (із введенням розчинів з мазі на основі екстрактів хмелю). Роль порівняльного контролю належали особинам V групи. Застосований спосіб введення розчину – внутрішньочеревний, доза – 1,0 мл. I групі тварин вводили розчин, одержаний з 2 % мазі з спиртовим екстрактом хмелю, II групі тварин – з 4 % мазі з спиртовим екстрактом хмелю, III – з 6 % мазі з ліпофільним екстрактом хмелю. IV група тварин отримувала розчин з 8 % мазі з ліпофільним екстрактом хмелю. V групі тварин (контрольній) вводили фізіологічний розчин.

Результати: стандартні розчини з 2 %-ої мазі з спиртового екстракту хмелю, 4 %-ої мазі з спиртового екстракту хмелю, 6 %-ої мазі з ліпофільного екстракту хмелю, 8 %-ої мазі з ліпофільного екстракту хмелю застосовували наважками відповідних мазей по 1,0 г. Наважки спочатку розчиняли в 10 мл 96 %-го етилового спирту, за чим до потрібної концентрації – фізіологічним розчином. Розчинення проводили з урахуванням кінцевої концентрації для введення, яка становила відповідно 20 мг, 40 мг, 60 мг, 80 мг в 1 мл. Введення розчину тваринам проводили внутрішньоочередно по 1 мл. Спостереження проводили протягом десяти діб. Встановлено, що у мишей I – IV груп з боку центральної нервової системи, вегетативної нервової системи, серцево-судинної системи, сечо – вивідної системи, шлунково-кишкового тракту, зорового апарату, слизових оболонок, шкіри і шерсті відмінностей від контролю не визначалось. Летальних випадків у мишей I – IV груп дослідних мишей зафіксовано не було. Параметри показників за умов одноразового введення розчинів в організм тварин, розроблених з 2 %-ої, 4 %-ої, 6 %-ої, 8 %-ої мазей свідчили на користь нетоксичного ступеня препарату (V класу).

Висновок: отримані результати є сенс застосовувати як базові у встановлення класу токсичності та режимів дозування у разі визначення гострої токсичності.

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Исаева А. С., Буряковская А. А.

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

Целью настоящей работы было изучить связь между дневными симптомами у пациентов с сочетанным течением гипертонической болезни и сахарного диабета второго типа и составом тела.

Материалы и методы: было проведено поперечное исследование, которое включило 57 пациентов с сочетанным течением гипертонической болезни и сахарным диабетом. Средний возраст обследованных составил $60,0 \pm 11,0$ лет. Нарушения сна оценивали при помощи шкалы дневной сонливости Эпворта. Состав тела, соотношение жировой и мышечной массы изучали с помощью метода биоэлектрического импеданса. Использовали прибор Omron Body Composition Monitor BF511-E-03-10/2011. Оценивали соотношение мышечной и жировой ткани, долю висцерального жира.

Результаты: выявлены достоверные различия антропометрических показателей в зависимости от тяжести дневных симптомов согласно шкале Эпворта. Установлено, что пациенты с тяжелыми и умеренные нарушениями согласно шкале Эпворта имели достоверно более высокие показатели индекса массы тела, окружности бедер и содержания подкожного жира. Достоверных различий по соотношению мышечной массы не было во всех группах. Так индекс массы тела у пациентов, не имеющих дневных симптомов составил $30,25 [26 \div 32]$ кг/м², у пациентов с умеренными дневными симптомами - $37,5 [32,6 \div 42]$ кг/м² ($p=0,005$), у пациентов с тяжелыми дневными симптомами - $37,15 [33,5 \div 37,9]$ ($p=0,007$). Окружность талии у пациентов, не имеющих дневной сонливости согласно шкале Эпворта, составила $101,25 [98 \div 108]$ см, у пациентов с умеренными симптомами - $109 [299 \div 131]$ см ($p=0,17$), у пациентов с тяжелой дневной сонливостью - $107,5 [104 \div 121]$ см ($p=0,02$). Окружность бедер у пациентов без дневных симптомов составила $113 [106 \div 121]$ см, у пациентов с умеренными дневными симптомами - $125 [119 \div 142]$ см ($p=0,01$), у пациентов с тяжелыми дневными симптомами - $120,5 [116 \div 126]$ см ($p=0,05$). Доля подкожного жира у пациентов без дневной сонливости составила $37,9 [26,5 \div 46,5]\%$, у пациентов с умеренными симптомами - $47,5 [43,2 \div 52,1]\%$ ($p=0,03$), у пациентов с тяжелыми симптомами - $48 [32,2 \div 51,2]\%$ ($p=0,04$).

Вывод: дневные симптомы согласно шкале Эпворта ассоциированы с более высокими показателями импедансометрии, а также избыточным накоплением подкожного жира.

ЛЕГОЧНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Искандерова С. Дж., Мусаева Ш. З., Зиямухамедова М. Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: выявить поражения легких и нарушения функции внешнего дыхания при системной красной волчанке (СКВ) и системной склеродермии (ССД).

Материалы и методы: обследовали 44 больных (6 муж. и 38 жен.). Больных с СКВ – 29 в возрасте от 15 – до 50 лет, средний возраст $32,1 \pm 2.1$ года с II – III степенью активности, подострое и хроническое течение; ССД – 15 в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст 31.5 ± 1.2 с I – II – III степенью активности, подострое и хроническое течение. Функциональное состояние легких изучали при помощи исследования функции внешнего дыхания (ФВД). Анализировались следующие показатели ФВД: ЖЕЛ, ОФВ1, ПСВ, МОС.

Результаты: у большинства больных СКВ и ССД наблюдались изменения в системе органов дыхания. У больных СКВ они были менее отчетливы, чем у больных ССД. Легочные синдромы наблюдались при всех вариантах течения заболевания на фоне II-III степени активности патологического процесса. При СКВ пневмосклероз наблюдался преимущественно при хроническом течении заболевания (12 – 41/55%), нередко отмечался двусторонний легочный васкулит (11 – 38%), легочный васкулит с плевритом (5 – 17.24%), значительно реже – бронхит, изолированный плевральный синдром. У одной больной СКВ были легочный васкулит, плеврит и деструкция легкого с пневмотораксом (1 – 2,9%). При ССД у 9 из 15 (60%) диагностирован базальный пневмосклероз, у 4 (26,6%) – вялотекущий пневмонит и у 2 (13,3%) пневмонит в сочетании с плевритом. У 9 (31,3%) больных СКВ и у 5 (33,3%) больных ССД наблюдались «немые» поражения легких, видимые рентгенологически, что свидетельствует о том, что рентгенологические признаки поражения легких при СКВ и ССД появляются раньше клинических и имеют важное значение при дифференциальной диагностике заболевания. Выявлено, что ФВД изменялась параллельно степени выраженности легочно – плеврального синдрома. У 11 (73,3%) больных ССД и у 19 (65,5%) СКВ начальные изменения ФВД по рестриктивному типу явились ранним проявлением легочных изменений. Умеренное нарушение ФВД по рестриктивному типу обнаружено у 5 (17,2%) больных СКВ и у 4 (26,6%) больных ССД с проявлениями склеродермического базального пневмосклероза и пневмонита.

Выводы: наиболее частыми клиническими проявлениями легочных изменений при ССД были: базальный пневмосклероз, вялотекущий пневмонит или сочетания последних с плевральным синдромом, а при СКВ – пневмосклероз, легочный васкулит, сочетание васкулита с плевритом. Нарушение ВД идет по рестриктивному типу, осложняя течение заболевания дыхательной недостаточностью, это способствовало ранней диагностике легочных изменений у этих больных.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Искандерова С. Дж., Мусаева Ш. З., Саипова М. Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель работы: изучить функциональное состояние почек при ревматоидном артрите (РА).

Материалы и методы. Обследовано 68 больных с ревматоидным артритом, получивших лечение в ревматологическом отделении ГКБ № 1. О нормальной функции почек судили на основании изучения функционального состояния почек 20 здоровых больных. Проведены стандартные общеклинические исследования: сбор анамнеза, физическое обследование, клинический анализ крови, мочи, проба мочи по Нечипоренко, контроль АД. Функцию почек определяли по уровню показателей осмотического концентрирования (удельного веса (УВ) в утренней порции мочи), азотемии (уровень креатинина, мочевины), СКФ.

Результаты: больные, включенные в исследование, разделены на 2 группы: 1 группа (40) – больные, получившие НПВП, ГКС и базисную терапию (метотрексат в дозе 7,5 – 10 мг в неделю), 2-группа (28) – больные, получавшие НПВП и ГКС. Среди всех больных РА преобладали больные с RF+ (серопозитивные) – у 43, у 23 больных ревматоидный фактор был отрицательным RF- (серонегативные). По активности больные были разделены на 3 гр.: у 10 больных была 1 ст. активности, у 36 – 2 ст. активности, у 22 – 3 ст. активности. Больные также были разделены по ФНС, где преобладали больные с 1-2 степенью ФНС. Для оценки изучения функциональных нарушений при РА в исследование включены 20 здоровых лиц (контрольная группа) без заболеваний внутренних органов, которые могли бы привести к нарушению функции почек.

Результаты исследования показали, что суточная протеинурия в 1 группе составила $0,39 \pm 0,01$ г/сут., во второй группе – $0,34 \pm 0,01$ г/сут., микроальбуминурия выявлена у 15 больных 1-й группы и у 7 больных 2-й группы. Эритроцитурия от 2700 до 6 300 в 1 мл мочи выявлена у 5 больных 1 группы и у 7 – 2-й группы. В группе больных, получивших базисный препарат, удельный вес мочи был несколько выше ($1018 \pm 2,2$), чем в группе больных, получивших только противовоспалительные препараты ($1014 \pm 2,3$). Скорость клубочковой фильтрации была несколько ниже во 2-й группе $92 \pm 1,6$ мл/мин по сравнению с первой группой, где этот показатель составил $98 \pm 1,5$ мл/мин. Функциональные изменения почек при РА коррелировали с активностью процесса, длительностью заболевания.

Выводы: таким образом, показатели УВ, СКФ были отклонены значимо в группе лиц с измененным мочевым осадком. Выраженность функционального состояния почек зависела от длительности и активности РА. У больных, принимавших базисный препарат – метотрексат длительностью $2,0 \pm 0,5$ года в стандартных дозировках отмечалось улучшение показателей мочевого осадка – УВ, ПУ, ЭУ, а также СКФ.

ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО НАВЧАННЯ ОСНОВАМ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ НА ОСНОВНІ ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

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

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

Мета – встановити вплив індивідуального навчання основам медичних знань у доповнення до сучасної медикаментозної терапії на ефективність контролю основних факторів кардіоваскулярного ризику.

Матеріали та методи. Обстежено 75 хворих високого та дуже високого серцево-судинного ризику, з них 25 осіб (33%) – чоловіки, 50 осіб (66%) – жінки. Середній вік хворих – $(61,63 \pm 10,74)$ роки. У дослідження включали хворих, які отримували медикаментозну терапію у відповідності до сучасних стандартів. Всього було 9 візитів в клініку, 1 раз на місяць. З пацієнтом по черзі спілкувалися кардіолог, ендокринолог, дієтолог, стоматолог і інструктор з лікувальної фізкультури, по 15 хвилин кожен. Хворі були обстежені до та наприкінці циклу консультацій. Визначали антропометричні показники (індекс маси тіла (ІМТ), склад тіла (кількість жирової і м'язової тканини, вісцерального жиру), рівень артеріального тиску (АТ), показники ліпідного обміну, поведінкові фактори ризику добове споживання кухонної солі (менше або більше 5 г на добу), овочів і фруктів (менш або більш 500 г), паління і вживання алкоголю. Усі пацієнти вели індивідуальний щоденник. До групи контролю ввійшли хворі, що були співставні за віком, клінічною характеристикою, антропометричними і гемодинамічними показниками, отримували медикаментозну терапію, але не проходили навчання. Вірогідність даних оцінювалась за допомогою t-критерію Стьюденту, критерію Вілкоксона та критерію χ^2 .

Результати. Індивідуальне консультування сприяло вірогідному зниженню рівнів систолічного і діастолічного АТ – на 8,2 % ($p=0,002$) і 6,2% ($p=0,001$) відповідно. Встановлено вірогідне зниження рівнів загального холестерину (ХС) (на 21,1%, $p=0,031$), ХС ЛПНЩ (на 20,1%, $p=0,04$) та збільшення рівню ХС ЛПВЩ (на 11,%, $p=0,03$). Зареєстровано покращення антропометричних показників – індекс маси тіла (ІМТ) зменшився на 7% ($p=0,011$), вміст жирової тканини - на 10,2% ($p=0,013$), вісцерального жиру – на 13,4% ($p=0,020$). Щодо поведінкових факторів ризику, то навчання не призводило до вірогідного зменшення кількості курців та осіб, що зловживають алкоголем. Також суттєво не змінилось споживання кухонної солі, овочів та фруктів. Фізична активність, оцінена за кількістю пройдених за добу кроків, зросла з $(2346,6 \pm 845,5)$ кроків на початку дослідження до $(2654,6 \pm 722,0)$ кроків наприкінці дослідження ($p=0,007$). У групі індивідуального навчання встановлено статистично значна менші кількість серцево-судинних подій у порівнянні з групою контролю.

Висновки. Індивідуальне навчання у доповненні до сучасної медикаментозної терапії сприяє оптимізації контролю індексу маси тіла, рівня артеріального тиску та показників ліпідного обміну та призводить до підвищення фізичної активності пацієнтів високого і дуже високого серцево-судинного ризику.

ТИПИ ТРАНСМІТРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ

Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – оцінити типи трансмітрального кровотоку у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння.

Матеріали та методи: проведено комплексне обстеження 222 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із супутнім ожирінням. Групу порівняння склали 115 хворих на ІХС з нормальною масою тіла. До контрольної групи увійшло 35 практично здорових осіб. Групи були порівнянні за віком і статтю. За допомогою ехокардіографічного дослідження серця з доплером оцінювали типи трансмітрального кровотоку в обстежених хворих.

Результати: у хворих на ІХС та ожиріння вірогідно частіше зустрічався рестриктивний тип ($\chi^2=5,357$; $p=0,021$) трансмітрального кровотоку і тип псевдонормалізації ($\chi^2=8,160$; $p=0,005$), ніж у хворих групи порівняння. Тоді як у хворих на ІХС, порівняно з пацієнтами основної групи вірогідно частіше зустрічався тип порушення мітрального кровотоку у вигляді порушення релаксації ($\chi^2=39,683$; $p<0,001$). У всіх обстежених хворих на ІХС без ожиріння визначався найбільш сприятливий тип трансмітрального кровотоку – порушення релаксації, що свідчить про розвиток діастолічної дисфункції лівого шлуночка.

Висновки: таким чином, при супутньому ожирінні у пацієнтів із ІХС зміни діастолічної функції лівого шлуночка більш виражені порівняно з групою порівняння, що проявлялося у розвитку несприятливих – псевдонормального і рестриктивного типів трансмітрального кровотоку.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ (Glu298Asp)

Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – оцінити ефективність застосування статинів у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння в залежності від поліморфізму гена ендотеліальної синтази оксиду азоту (Glu298Asp).

Матеріали та методи: дослідження проводилось на двох підгрупах спостереження: 1 підгрупа – 112 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та ожирінням, яким було призначено терапію аторвастатином у добовій дозі 20 мг, 2 підгрупа – 110 пацієнтів, котрі у якості гіполіпідемічної терапії отримували розувастатин у добовій дозі 10 мг. Дослідження параметрів ліпідного обміну включало визначення загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), із наступним розрахунком вмісту холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину в складі ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), коефіцієнту атерогенності (КА).

Результати: співставлення показників ліпідного обміну до та після лікування у хворих на ІХС й ожиріння продемонструвало виразний лікувальний ефект у пацієнтів обох підгруп. Так, у хворих з GG генотипом застосування аторвастатину знизило рівень ЗХС на 17,4 %, ТГ – 18,6 %, ХС ЛПНЩ – 16,4 %, ХС ЛПДНЩ – 17,1 %, КА – 11,4 % та підвищило рівень ХС ЛПВЩ на 9,6 %. У пацієнтів 1 підгрупи з GA генотипом зміни ліпідограми мали ту саму тенденцію, що й у хворих з GG генотипом: рівень ЗХС знизився на 18,5 %, ТГ – 19,2 %, ХС ЛПНЩ – 17,9 %, ХС ЛПДНЩ – 18,3 %, КА – 11,8 % та підвищило рівень ХС ЛПВЩ на 10,3 %. Носії AA генотипу, які отримували аторвастатин в якості гіполіпідемічного засобу, після лікування мали нижчі рівні ЗХС на 19,1 %, ТГ на 20,5 %, ХС ЛПНЩ на 18,2 %, ХС ЛПДНЩ на 19,7 %, КА на 12,3 % та вищий рівень ХС ЛПВЩ на 10,8 % у порівнянні з такими показниками до лікування. У пацієнтів 2 підгрупи зміни ліпідограми після лікування мали наступний характер: у носіїв GG, GA і AA генотипів рівень ЗХС знизився на 17,8 %, 18,9 % і 20,3 %; ТГ – на 18,9 %, 19,9 % і 20,6 %; ХС ЛПНЩ – на 16,7 %, 18,1 % і 19,3 %; ХС ЛПДНЩ – на 17,4 %, 18,9 % і 20,2 %; КА – на 11,6 %, 11,9 % і 12,5 % та підвищився рівень ХС ЛПВЩ на 9,9 %, 10,8 % і 11,1 % відповідно.

Висновки: таким чином, терапія аторвастатином і розувастатином у рівній мірі призводила до нормалізації порушень ліпідного обміну у хворих на ІХС й ожиріння, що не залежало від генотипів поліморфного локусу Glu298Asp гена ендотеліальної синтази оксиду азоту.

ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ТА АНТИШЕМІЧНИЙ ЕФЕКТИ КВЕРЦЕТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Казаков Ю. М., Чекаліна Н. І., Шуть С. В., Трибрат Т. А.,
Гончарова Е. О.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: дослідити показники хронічного системного запалення у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС), їхній взаємозв'язок з показниками ішемії міокарда та вплив кверцетину на виявлені порушення.

Матеріали та методи: у дослідженні взяли участь 85 хворих обох статей віком 48-67 років з діагнозом ІХС: стенокардія напруги стабільна, ФК II, СН 0-I. Шляхом випадкової вибірки хворих поділено на 2 групи – дослідження (30 хворих) та порівняння (55 хворих). У хворих визначали рівень фактору некрозу пухлини α (TNF α) та інтерлейкіну-1 β (IL-1 β) у сироватці крові імуноферментним методом, вміст фібриногену (ФГ) у плазмі крові ваговим методом та проводили добове Холтерівське моніторування (ХМ) ЕКГ з розрахунком сумарної ішемії міокарду – загальної тривалості епізодів депресії сегменту ST (Σ t ST depr) та сумарної кількості епізодів ST depr у трьох відведеннях реєстрації. Усі хворі приймали стандартну терапію (β -блокатори, статини, аспірин), хворим групи дослідження додатково призначено кверцетин в дозі 120 мг на добу. Через 2 місяці проведено обстеження хворих у вищезазначеному обсязі.

Результати: усі хворі на ІХС мали підвищений рівень у крові TNF α ($8,68 \pm 2,44$ пг/мл) та IL-1 β ($9,58 \pm 3,24$ пг/мл), вміст ФГ в плазмі крові був підвищений у 37 % хворих. Добова Σ t ST depr складала $52,92 \pm 13,00$ хв., кількість епізодів ST depr дорівнювала $10,58 \pm 2,83$. Виявлено прямі кореляційні зв'язки помірної сили між рівнем TNF α та Σ t ST depr ($r=0,363$, $p<0,01$), рівнем TNF α й кількістю епізодів ST depr ($r=0,413$, $p<0,01$), вмістом ФГ та Σ t ST depr ($r=0,408$, $p<0,01$) й вмістом ФГ та кількістю епізодів ST depr ($r=0,410$, $p<0,001$), що демонструє взаємозв'язок хронічного системного запалення та ішемії міокарду. Після двомісячного терміну лікування у групі порівняння вірогідних змін рівнів прозапальних цитокінів не відбулося. Під впливом кверцетину вірогідно знизився рівень IL-1 β (на 17,4 %, $p=0,002$) та TNF α на 23 %, $p=0,048$). В обох групах вірогідно знизився рівень фібриногену, проте більш суттєво – під впливом кверцетину ($p=0,0004$). За даними ХМ ЕКГ, у групі дослідження кількість епізодів ST depr зменшилася на 27,6 %, у групі порівняння – на 15,9 %. У хворих групи порівняння Σ t ST depr зменшилася на 20,7 %, у хворих, які додатково приймали кверцетин – на 34,9 % (до $32,7 \pm 13,08$ хв.), значення вірогідно відрізнялося від групи порівняння ($p<0,05$).

Висновок: у хворих на ІХС підвищення рівня хронічного системного запалення має взаємозв'язок з вираженістю ішемії міокарда. Застосування кверцетину у комплексні терапії хворих на ІХС мало протизапальний ефект, а також сприяло зменшенню кількості і тривалості епізодів ішемії міокарду, що може бути пов'язано з його протизапальними властивостями.

РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КОМБІНОВАНОЇ МАЗІ З ЕКСТРАКТОМ ГОРІХА ВОЛОСЬКОГО ВУГЛЕКИСЛОТНОГО ТА ЇХНС ЗАСТОСУВАННІ У КЛІНІЦІ

Казмірчук В. В., Довга І. М., Мнушко З. М.,³Журавель І. О.,
Поволокіна І. В.,¹Іваннік В. Ю., Горяник І. І.,²Остапенко В. М.,
³Макаренко В. Д.

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

¹*Національний медичний університет, м. Харків, Україна*

²*Медичний університет, м. Київ, Україна*

³*Медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

Мета: вивчити реологічні властивості комбінованої мазі з екстрактом горіха волоського вуглекислотного.

Матеріал та методи: дослідження реологічних властивостей, у тому числі, в'язкості комбінованої мазі з екстрактом горіха волоського вуглекислотного 3 % проводили методом ротаційної віскозиметрії. Для визначення структурної в'язкості зразка мазі використовували коаксіальний циліндр S₂ віскозиметру «Реотест-2» (Німеччина). Дослідження проводили при температурі 20 °С. За даними вимірювання визначали напругу зсуву та структурну в'язкість зразка мазі.

Результати: визначено напругу зсуву і структурну в'язкість розробленої мазі, що сягали від 50,70 Па до 362,70 Па і від 50,70 Па·с до 0,81 Па·с, відповідно, при градієнті швидкості зсуву в інтервалі від 1,0 с⁻¹ до 437,4 с⁻¹. Одержане значення межі текучості – 50,70 Па характеризує видавлювання мазі з туби і дає можливість гарантувати оптимальні споживчі властивості лікарського засобу (досліджувана мазь спонтанно не витікає з туби, легко видавлюється). За фізико-хімічним змістом комбіновані мазі являються структурованими системами з пластично-пружно в'язким дисперсійним середовищем. При кімнатній температурі такі мазі в результаті високої в'язкості зберігають форму і втрачають її при підвищенні температури, перетворюючись в густі рідини. Від типових рідин вони відрізняються відсутністю помітної текучості. Синтез комбінованих мазей відбувався із метою досягнення ними високих реологічних параметрів: пластичність, в'язкість, період релаксації, ступінь фармакодинаміки. Отримані мазеві препарати були зручними у застосуванні при намазуванні на шкіру, слизові оболонки, а також для вивільнення з них лікарських речовин. Реологічні показники таким чином служили критеріями оцінки якості мазей як при виробництві, так і в процесі їхнього зберігання.

Висновок: консистенція мазі за показниками структурної в'язкості забезпечувала зручність застосування (ранова поверхня), об'єктивну оцінку критеріїв якості мазі як у виробництві, так і в процесі подальшого зберігання.

РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ХРОНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Каложка А. А., *Бондаренко С. В.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

**Медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

Мета: оцінити вплив комплексної немедикаментозної терапії у учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС з хронічними порушеннями мозкового кровообігу.

Матеріал і методи: у учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС часто відзначаються хронічні порушення мозкового кровообігу, які виникли через 5- 10 років після аварії.

Провідними скаргами є головні болі, майже постійні, посилюються при зміні погодних умов, запаморочення, шум у голові, погіршення пам'яті, втрати свідомості за типом непритомності, напади серцебиття.

У 75 учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС з хронічними порушеннями мозкового кровообігу застосовувались фізичні методи реабілітації - дарсонвалізація шийно - комірцевої області і волосистої частини голови, масаж комірцевої області та спеціальний комплекс лікувальної фізкультури. Лікування призначалось щодня, курс - 10 днів.

Практично у всіх пацієнтів до лікування за даними ЕЕГ, РЕГ, КТ головного мозку відзначено міжпівкульна асиметрія, гіпертонус артерій, переважно правого півкулі, утруднення венозного відтоку у всіх відділах мозку, ознаки зовнішньої гідроцефалії з явищами кортикальної гіпотрофії.

Результати: проведене лікування було ефективним, про що свідчило поліпшення самопочуття пацієнтів - зменшувалася інтенсивність головних болів, запаморочення, під час лікування не було відзначено епізодів втрати свідомості. Поліпшувалися показники мозкового кровообігу за даними РЕГ - зменшувався гіпертонус артерій, поліпшувався венозний відтік. Відзначалася нормалізація артеріального тиску.

Висновок: таким чином, у реабілітації хворих учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС з хронічними порушеннями мозкового кровообігу показано використання не тільки медикаментозної терапії, а й фізичних методів реабілітації (дарсонвалізація шийно - комірцевої області і волосистої частини голови, масаж комірцевої області та комплексу лікувальної фізкультури), що покращує загальний стан хворих, про що свідчать результати об'єктивних, інструментальних методів дослідження та зменшує побічні ефекти медикаментозних препаратів.

РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТ У ПІДЛІТКІВ

Камарчук Л. В., Волкова Ю. В.

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

Мета: вивчити особливості розвитку рефлюкс-езофагіту (РЕ) у підлітків.

Матеріали і методи: у 72 пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) віком від 12 до 18 років аналізували особливості анамнезу, клінічні прояви хвороби, морфо-функціональний стан слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та рівень гормонального забезпечення (кортизол, серотонін).

Результати: ГЕРХ у 49,9% хворих супроводжувалась розвитком РЕ. В родинях цих підлітків (порівняно з їх однолітками з ГЕРХ без езофагіту) втричі частіше відмічена обтяжена спадковість за хворобами ШКТ (66,6%), переважно за материнською лінією, в чотири рази частіше спостерігались випадки виразкової хвороби (38,9%) та в два рази частіше – хронічного гастродуоденіту (38,8%). В анамнезі таких дітей - тривалий термін хвороби (іноді з раннього дитинства), ранній перехід на штучне або змішане вигодовування (77,8%), часті зригування та несприятливий перебіг вагітності у матерів (66,6% проти 16,6% у групі порівняння ($p_f < 0,05$)). Підліткам із РЕ притаманна більш яскрава клінічна симптоматика, яка характеризувалась зростанням частоти стравохідних симптомів: відрижка їжею (62,8%), нудота (54,5%), поява розладів глотання (14%), вища частота інфікування *Helicobacter pylori* (HP) (62,5%) на тлі сповільненої моторно-евакуаторної функції верхніх відділів ШКТ. За даними ендоскопічного обстеження частіше виявлялись деструктивні ураження слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), переважно у хлопців ($p_f < 0,05$). Такі особливості стосувалися здебільшого HP-позитивних хворих ($p_f < 0,05$). У переважній більшості пацієнтів із РЕ визначається дисбаланс динамічної рівноваги вмісту кортизолу та серотоніну, що свідчить про ушкодження регуляторних механізмів у хворих підліткового віку із даною патологією. Зміни в гормональному статусі мали здебільшого однонаправлений характер, в більшій мірі торкалися HP-позитивних пацієнтів та хворих молодшого віку, вірогідно, були зумовлені стимуляцією компенсаторних механізмів організму підлітків на дію пошкоджуючих факторів.

Висновок: РЕ у підлітків формується на тлі несприятливого перебігу антенатального періоду їх життя, обтяженої спадковості за хворобами ШКТ, характеризується більш яскравою (типовою для дорослих хворих) клінічною симптоматикою, супроводжується вищою частотою інфікування HP, більш тяжкими (деструктивними) змінами слизової оболонки шлунку та ДПК (переважно у хлопчиків), та більш вираженим гормональним дисбалансом.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ІЛ-18 ТА ІЛ-10 У ФОРМУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

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

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

Проблема поєданого перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та гіпертонічної хвороби (ГХ) є актуальною у зв'язку з ростом захворюваності, важкістю ускладнень, тенденцією до підвищення смертності та стійкої втрати працездатності. Ці захворювання мають спільні ланки патогенезу – метаболічну, запальну та гемодинамічну, що визначає необхідність встановлення маркерів несприятливого перебігу цієї коморбідної патології. Інтерлейкін (ІЛ)-18 один з перших залучається у прозапальну відповідь організму та визначає весь подальший запальний каскад завдяки своїм плейотропним властивостям. ІЛ-10 – провідний протизапальний цитокін.

Мета: проаналізувати співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 як маркер характеру перебігу ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

Матеріали і методи: у дослідженні прийняли участь 69 пацієнтів на ХОЗЛ GOLD 2, групи В у фазі ремісії у поєднанні з ГХ II стадії та 20 практично здорових осіб. Хворим проведено загальноклінічне обстеження, пульсоксиметрію, спірографію, рентгенографію органів грудної клітки та ехокардіографію. ІЛ-18 та ІЛ-10 визначали в сироватці методом імуноферментного аналізу, використовуючи тест-системи «Bender MedSystems, GmbH» (Австрія). Оцінка прогностичних властивостей співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 проводилась за допомогою ROC аналізу.

Результати: поєднаний перебіг супроводжується вираженою активністю системного запалення та компенсаторної відповіді зі зростанням ІЛ-18 (2641,28 [2171,34; 3550,16] пг/мл; $p < 0,01$) та ІЛ-10 (77,93 [55,27; 112,34] пг/мл; $p < 0,01$). Десатурація на тлі фізичного навантаження призводить до дисбалансу запальної відповіді зі зростанням прозапального ІЛ-18 (3296,24 [2356,03; 3978,92] пг/мл; $p < 0,01$) та зниженням протизапального ІЛ-10 (61,12 [48,34; 79,63] пг/мл; $p < 0,01$). Співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 за даними ROC-аналізу володіло високою прогностичною інформативністю щодо перебігу коморбідної патології. При його рівні більше 42,66 з чутливістю 82,1 % та специфічністю 82,9 %, AUC – 0,822 ($p < 0,001$) можна прогнозувати несприятливий перебіг ХОЗЛ на тлі ГХ зі зниженням толерантності до фізичних навантажень, десатурацією, формуванням емфізематозних змін та ознак перевантаження правих відділів серця тиском.

Висновок: зростання співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 асоціюється зі збільшенням дисбалансу між про- та протизапальними ланками патогенезу та має прогностичний потенціал як маркер характеру перебігу ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

РОЛЬ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ СУДИН У ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗА НАЯВНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Капустник В. А., Костюк І. Ф., Істоміна О. В., Прохоренко В. Л.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: дослідити зміни у спірографічних та гемодинамічних показниках у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з супутньою гіпертонічною хворобою (ГХ) в залежності від рівня васкулоендотеліального фактору росту судин (ВЕФР).

Матеріали і методи: Було обстежено 99 пацієнтів з ХОЗЛ GOLD 2, 55 з яких мали супутню ГХ II ст. Хворі були від 39 до 68 років, медіана склала 55,0 лет. Визначення рівня ВЕФР проводилось імуноферментним методом. Функцію зовнішнього дихання визначали на спірографічному комплексі СППРОКОМ. Статистичний аналіз даних проводили методами непараметричної статистики. Для порівняння результатів застосовували критерій Манна-Уїтні. Нульову гіпотезу відкидали при рівні достовірності ($p < 0,05$).

Результати: Усі хворі були розподілені на три тертілі в залежності від рівня ВЕФР: 1-й тертілі ($n=33$) – рівень ВЕФР склав від 54 нг/л до 61 нг/л; 2-й тертілі ($n=33$) – рівень ВЕФР склав від 67 нг/л до 76 нг/л; 3-й тертілі ($n=33$) – рівень ВЕФР склав від 80 нг/л до 88 нг/л. В першому тертілі 2 хворих мали ГХ, в другому – 20 обстежених та в третьому всі хворі були з супутньою ГХ. При порівнянні середніх значень першого САТ -124,3 [120;130], ДАТ -79,3 [80;80], ОФВ₁ -61,0 [59;64], ОФВ₁/ФЖЕЛ-75,1 [72;77], МОС₅₀ 39,4 [34;45] та другого тертелів САТ -134,6 [130;140], ДАТ -83,0 [80;90], ОФВ₁ -58,2 [56;61], ОФВ₁/ФЖЕЛ-71,6 [69;73], МОС₅₀ -33,1 [27;39], та першого і третього тертелів САТ -139,0 [130;140], ДАТ -84,3 [80;90], ОФВ₁ -58,4 [56;62], ОФВ₁/ФЖЕЛ-72,2 [69;75], МОС₅₀ -33,4 [29;38] було виявлено достовірне ($p < 0,05$) зниження значень паралельно збільшенню рівня ВЕФР. Достовірної різниці між показниками другого і третього тертелів не було виявлено. Було виявлено міцний негативний кореляційний зв'язок між ВЕФР та ОФВ₁ ($r = -0,27$, $p < 0,05$), ОФВ₁/ФЖЕЛ ($r = -0,29$, $p < 0,05$) та МОС₅₀ ($r = -0,33$, $p < 0,05$).

Висновки: Виявлено, що високі рівні ВЕФР в сироватці обстежених хворих зробили суттєвий внесок у зміни розглянутих показників. Доведено, що при його зростанні зменшувалася вентиляційна функція легень, та його збільшенням як проангіогенного фактора призводить, перш за все, до ураження стінки судин, а не до фізіологічного ангіогенезу, так як відбувається на тлі артеріальної гіпертензії.

**ПОРІВНЯННЯ СТАНУ ТА ФУНКЦІЇ СУДИННОЇ СТІНКИ
У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ
З ПОДАГРОЮ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ**

Кармазіна О. М., Кармазін Я. О., Пасинчук І. І.

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

Загальновідомо, що подагра та гіперурикемія є чинниками ровтитуку серцево-судинних захворювань та збільшують ризик серцево-судинної смертності

Мета: порівняння стану судинної стінки у хворих з АГ в поєднанні з подагрою та хворих з АГ із безсимптомною гіперурикемією (ГУ).

Матеріали та методи: 53 хворих (29 ч., 24 ж, середній вік – 57,7±3,1 роки) на АГ (тривалість хвороби – 9,8±1,3 роки) було розділено на дві групи, співставні за віком і статтю: 1-а група – 28 хворих (52,8%) з АГ та подагрою (СК крові 488,9±13,4 мкмоль/л, тривалість подагри - 7,7±0,8 років), 2-а група – 25 хворих (47,2%) з АГ та безсимптомною ГУ (СК крові 425,2±13,5 мкмоль/л). В обох групах досліджували ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕВ) та проводили доплерографію ниркових артерій: визначали лінійну швидкість кровотоку (ЛШК) та індекс резистентності (РІ).

Результати: в ході доплерографічного обстеження ниркових артерій виявлено, що у пацієнтів з АГ та подагрою показники достовірно гірші, ніж у пацієнтів з АГ та безсимптомною ГУ. Зокрема, показники ЛШК: справа 58,63±6,11 (1 гр.) та 67,50±2,91 (2 гр.), $p<0,05$, зліва 64,89±4,02 (1 гр.) та 68,94±4,16 (2 гр.), $p<0,05$; величина РІ: справа – 0,79 ± 0,03 та 0,67 ± 0,02, $p<0,05$, зліва 0,71±0,03 та 0,63±0,02, $p<0,05$ відповідно; ЕВ: у пацієнтів 1-ї групи приріст діаметру плечової артерії становив 8,2±2,5%, у 2-й групі 17,9±3,2%, $p<0,05$.

Висновки: хворим на АГ та подагру в порівнянні з хворими на АГ із безсимптомною гіперурикемією притаманна вища частота ураження та вираженіший характер порушень структури стінки та функції ниркових артерій, зокрема, ендотелію, прояв яких зростає у разі збільшення тривалості поєднаної патології. Це можна пояснити впливом активного запального процесу на ураження судинної стінки, в т.ч. сприяння ендотеліальній дисфункції.

ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ВПЛИВУ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ НА КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ І ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У МІСЬКИХ І СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ

Катеренчук І. П., Черкун М. П., Рустамян С. Т., Тесленко Ю. В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета роботи: визначити особливості поєданого впливу факторів ризику на коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця і хронічної хвороби нирок у міських і сільських жителів.

Матеріали і методи: обстежені 177 пацієнтів з коморбідною патологією (чоловіків – 97 і жінок – 80), з яких 98 чол. артеріальною гіпертензією II стадії, 2-3 ступеня, поєднаною з стабільною ішемічною хворобою серця і 79 чол. – з хронічною хворобою нирок з вторинною ренопаренхімною артеріальною гіпертензією, яким проводиться нирковозамісна терапія. Проводили загальноклінічне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження у відповідності з діючими стандартами в кардіологічній і нефрологічній клініках. Для виявлення симптомів тривожності і депресії проводили дослідження з застосуванням шкал тривожності і депресії та опитувальника Бека.

Оцінку стану вегетативної нервової системи проводили з використанням методу фазаграфії.

Результати: з'ясовано, що клінічний перебіг артеріальної гіпертензії значною мірою визначається наявністю і ступенем вираженості тривожності і депресії у пацієнтів з коморбідним перебігом, причому у міських жителів несприятливий вплив виражений сильніше. Виявлено статистично значимий вплив вегетативної дисфункції на клінічні прояви тривожності і депресії. Наявність супутньої ішемічної хвороби серця негативно позначається на розвитку тривожності і депресії.

У пацієнтів з вторинною артеріальною гіпертензією, які перебувають на нирковозамісній терапії, ступінь вираженості тривожності і депресії переважає аналогічний у пацієнтів з коморбідним перебігом есенціальної артеріальної гіпертензії, причому прояви не залежать від змін вегетативної дисфункції і не відрізняються у міських і сільських жителів.

Висновки: у пацієнтів з коморбідним перебігом артеріальної гіпертензії і стабільною ішемічною хворобою серця тривожність і депресія погіршують клінічний перебіг і збільшують кардіоваскулярний ризик, причому більше у міських жителів, тоді як у пацієнтів, що перебувають на нирковозамісній терапії ступінь вираженості тривожності і депресії більший, ніж у пацієнтів з есенціальною артеріальною гіпертензією і не відрізняється у міських і сільських жителів.

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО МІОКАРДИТУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

Катеренчук О. І., Ждан В. М.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Протягом останніх років все більше уваги надається вивченню перебігу гострого міокардиту з огляду на динамічні зміни вірулентних властивостей мікроорганізмів та стану індивідуального імунітету.

Мета: вивчити особливості клінічної симптоматики гострого міокардиту у пацієнтів молодого віку та розглянути стратегії вибору оптимальної медикаментозної терапії.

Матеріали і методи: в дослідження включено 12 пацієнтів віком 16-35 років, з діагнозом гострого міокардиту верифікованим за допомогою МРТ-візуалізації серця з гадолінієм, що проходили обстеження і лікування в лікувально-діагностичному медичному центрі «МЕДІОН» протягом 2016-2019 років.

Результати: характерною клінічною особливістю сучасного перебігу міокардиту є відсутність довготривалої температурної реакції, больових відчуттів у грудній клітці та ознак серцевої недостатності, зниження вольтажу зубців електрокардіограми та незначне зростання вмісту біомаркерів пошкодження міокарду. Водночас, міокардит дебютував виникненням аритмічних подій у формі безсимптомної шлуночкової екстрасистолії. На підставі результатів холтерівського моніторингу виявлено шлуночкову екстрасистолію високих градацій, що потребувала терапевтичних заходів. Стратегія лікування включала обов'язкову санацію верхніх дихальних шляхів, що дозволило усунути шлуночкові порушення ритму без використання антиаритміків у половини пацієнтів, поєднуючись з короткотривалим призначенням нестероїдних протизапальних засобів. В якості антиаритмічного засобу перевага надавалась пропafenону, що застосовувався в дозі 450-600 мг на добу тривалістю від 2 тижнів до 6 місяців. В одного пацієнта з розвитком міокардиту на тлі прооперованого в анамнезі дефекту міжпередсердної перегородки було використано аміодарон в добовій дозі 600 мг та тривалістю 1 місяць. В 7 хворих було використано сезонну біциліно-профілактику.

Висновок: характерною особливістю сучасного перебігу гострого міокардиту є виникнення асимптомних аритмічних подій високого ступеню ризику, що потребує терапевтичних втручань. Санація носоглотки та нестероїдні протизапальні засоби в переважній більшості випадків є достатніми заходами. В якості антиаритміків ефективність і безпечність була відмічена, перш за все, для пропafenону.

ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ГИПОАНДРОГЕНИИ

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

¹ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»,

²Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
г. Харьков, Украина

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной системы (АОС) у мальчиков-подростков с патологией гепатобилиарной системы в условиях гипоандрогении (ГА).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 35 подростков 13-18 лет с ГА, у 34,4 % которых выявлены функциональные нарушения гепатобилиарной системы (увеличение печени, ее эхогенности, наличие признаков холангита и др.). Группу сравнения составили 29 сверстников с нормальным половым развитием и без патологии печени. Определяли уровень ТБК-активных продуктов (ТБК), карбонилированных белков, диеновых конъюгатов, восстановленного глутатиона, активность каталазы супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы (ГПО) в крови. Для оценки достоверности различий использовали критерий Вилкоксона-Манна-Уитни (χ) и углового преобразования Фишера (ϕ).

Результаты и обсуждение: в результате выполненных исследований у всех подростков с нарушениями гепатобилиарной системы в условиях ГА обнаружено достоверное снижение (в 1,5 раза) активности одного из основных ферментов АОС - ГПО, относительно группы сравнения ($7,11 \pm 0,79$ мкмоль/мин·мл и $10,66 \pm 0,37$ мкмоль/мин·мл; $p_u < 0,00001$). При индивидуальном анализе у мальчиков с ГА была установлена зависимость изменений уровня ТБК от особенностей функционального состояния гепатобилиарной системы. Увеличение токсичного продукта СРО встречалось у 50,0 % подростков с нарушениями гепатобилиарной системы, а без патологии – у 23,8 % ($p_\phi < 0,05$). В то же время нормальные значения этого показателя чаще отмечались у мальчиков с ГА без патологии печени (42,9 % и 20,0 % соответственно; $p_\phi < 0,05$).

Выводы: у подростков с ГА и функциональными нарушениями гепатобилиарной системы регистрируется стимуляция процессов СРО (увеличение ТБК) и угнетение активности АОС (ГПО). Дисбаланс в соотношении этих процессов может вызвать нарушение структуры и функции клеточных мембран гепатоцитов и привести к развитию хронических заболеваний гепатобилиарной системы у мальчиков-подростков с андрогенной недостаточностью.

РІВЕНЬ ЕКСКРЕЦІЇ КАТЕХОЛАМІНІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ КАРДІОМІОПАТІЯМИ ТА ПОРУШЕННЯМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Кашкалда Д. А., *Кашіна-Ярмак В. Л., Рак Л. І., Сухова Л. Л.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
м. Харків, Україна

Мета роботи – аналіз змін катехоламінів у пацієнтів із кардіоміопатіями та порушеннями артеріального тиску залежно від толерантності до короткотривалого навантаження за пробою Руф'є.

Матеріали та методи: під наглядом перебувало 71 підліток 11-18 років, з яких у 56,3 % встановлено наявність вторинної кардіоміопатії (ВКМП), у 43,7 % діагностовано артеріальну гіпертензію (АГ). Діти з ожирінням не входили до дослідження. З метою оцінки функціональних можливостей серцево-судинної системи проводили пробу Руф'є. Визначали екскрецію адреналіну (А), норадреналіну (НА), дофаміну та ДОФА в добовій сечі. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакета прикладних програм Excell, Statgrafics-5 і SPSS-17. Використовували критерії Вілкоксона-Манна-Уїтні.

Результати та обговорення: у 26 % підлітків із ВКМП і 47 % пацієнтів із АГ спостерігалася низька толерантність до фізичного навантаження за результатами проби Руф'є. Встановлено, що в хворих із ВКМП рівень екскреції з добовою сечею катехоламінів (А, НА, дофаміну) та їх попередника ДОФА не залежав від результатів функціональної проби Руф'є. На відміну від них, у пацієнтів із АГ відзначалися відхилення показників катехоламінів відповідно толерантності до фізичного навантаження. Так, підлітки з АГ, які демонстрували незадовільні результати проби Руф'є, характеризувалися найвищими показниками екскреції А та дофаміну (підвищення відповідно на 19,5 % і 13,2 %; $p < 0,09$) на фоні найнижчого рівня екскреції ДОФА (на 29,4 %; $p < 0,05$) порівняно з задовільними та добрими результатами. Цей факт можна розцінювати як неадекватне реагування симпато-адреналової системи на фізичне навантаження. Це знайшло відображення у вірогідно високих значеннях співвідношення суми катехоламінів, що екскретуються з сечею, до рівня ДОФА (збільшення в 1,6 рази; $p < 0,01$). Вплив катехоламінів підтверджується кореляційним аналізом. Рівень дофаміну сечі корелював з хвилинним об'ємом крові ($r = -0,510$; $p < 0,05$) та загальним периферичним опором судин ($r = 0,490$; $p < 0,05$); рівень екскреції норадреналіну – з систолічним індексом ($r = -0,495$; $p < 0,05$).

Висновки: таким чином, у підлітків із АГ, на відміну від ВКМП, знижена толерантність до фізичного навантаження відбувається на тлі активації симпато-адреналової системи (підвищення А та дофаміну) і свідчить про погіршення адаптаційних можливостей.

СВЯЗЬ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА С РАЗЛИЧНЫМИ КАТЕГОРИЯМИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

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

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент,
Узбекистан*

Цель научного исследования: изучить частоту встречаемости дисбактериоза кишечника и состояние его микрофлоры при нарушенной толерантности к глюкозе, а также дать оценку значимости нарушения симпатoadренальной и вагоинсулярной фаз гликемической кривой в нарушениях микробиоценоза кишечника.

Материалы и методы: в исследование включены 118 человек в возрасте от 30 до 59 лет без манифестирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, среди обследованных 24 человека страдали сахарным диабетом 2 типа, у 48 имело место НТГ и у 46 человек толерантность к глюкозе была нормальная. Обследование включало анкетирование, биохимические, инструментальные и микробиологические методы.

Результаты: для оценки связи НТГ с нарушениями микробиоценоза кишечника была изучена частота дисбактериозов кишечника при нормальной толерантности к глюкозе, НТГ и сахарном диабете. Согласно полученным данным частота встречаемости дисбактериоза кишечника при нормальной толерантности к глюкозе достоверно ниже ($p > 0,01$), чем при НТГ и сахарном диабете (39,13%, 81,25% и 100%, соответственно). При гипергликемии натощак, а также при НТГ через 2 часа после нагрузки глюкозой частота дисбактериоза кишечника в 2 и более раз выше, чем при нормальной толерантности к глюкозе ($p < 0,05$). При НТГ через 1 час после нагрузке глюкозой частота дисбактериоза кишечника также выше чем при нормальной толерантности к глюкозе (77,78%).

Выводы: нарушение толерантности к глюкозе может рассматриваться в качестве фактора риска дисбактериоза кишечника. При этом повышенный риск дисбактериоза кишечника имеет место как при гипергликемии натощак, так и при постнагрузочной гипергликемии. При нарушении вагоинсулярной фазы гликемической кривой имеет место более высокая степень дисбактериоза кишечника чем при нарушении симпатoadренальной фазы.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭМИ РЧ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ В ГРУППАХ ЛИЦ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА С ПОСТОЯННЫМ И ПРЯМЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭМИ РЧ С УЧЕТОМ СТАЖА РАБОТЫ И ВОЗРАСТА

**Каюмов У. К., Хамидова Г. М., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л.,
Зиямухамедова М. М.**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент,
Узбекистан*

Цель: выявить характер воздействия электромагнитного излучения радиочастотного диапазона (ЭМИ РЧ) на состояние сердечно-сосудистой системы у лиц, основных профессий радиотелевизионных станций (РТС).

Материалы и методы: под наблюдением 119 сотрудников РТС, следующих основных профессий (электромеханики, электромонтеры, инженеры, начальники цехов, начальники смен), работающих на РТС в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст обследованных составил $46,4 \pm 8,3$ лет). Среди обследованных лиц подавляющее большинство – 93,3% (115 человек) составили мужчины. Женщин, среди этой профессиональной группы лиц 4 человека (6,7%). Профессиональный стаж у обследованных лиц 84 человека – 70,6% составил более 10 лет основной работой которых являлся постоянный контроль за качеством изображения транслируемых радио и телепередач, наладка и ремонт оборудования РТС в течение 12 часовой рабочей смены. Также обследовали в качестве контроля 36 лиц аналогичного возраста, не связанных с непосредственным воздействием ЭМИ РЧ.

Результаты. ЭКГ исследования показали, что у обследованных лиц наиболее заметными были изменения сердечного ритма. Установлено, что у нестажированных лиц отмечались функциональные расстройства по типу синусовой тахикардии или синусовой брадикардии. В то же время, по мере нарастания стажа работы выявлены более значительные нарушения по типу экстрасистолии, блокад и других аритмий. В ряде случаев у лиц со стажем работы более 15 лет отмечались ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка (10,0% лиц). Установлено, что у лиц, подверженных большему профессиональному риску воздействия ЭМИ РЧ, изменения на ЭКГ носили более выраженный характер по сравнению с персоналом РТС, не связанным с непосредственным воздействием электромагнитного излучения.

Выводы: 1. Частота нарушений сердечно-сосудистой системы у лиц, работающих на РТС в значительной степени определяется характером и уровнем воздействия ЭМИ РЧ, также профессиональным фактором и стажем их работы. 2. Нарушения ССС в группах профессионального риска постоянного и длительного воздействия ЭМИ РЧ, характеризуются преимущественно развитием различных аритмий и нарушениями метаболических процессов миокарда, прогрессирующих по мере увеличения стажа работы.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

*Ташкентский институт усовершенствование врачей,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель научной работы: изучить некоторые социально-демографические характеристики у больных подагрой, протекающей в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось две выборки:

1. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 40 до 69 лет в количестве 1335 человек.

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

Популяционная часть исследования проведена в Юнус Абадском районе г. Ташкента. Для первичного скрининга из списков избирателей по случайному принципу, была сформирована 10% репрезентативная выборка мужчин в количестве 2.300 человек. Из всего намеченного для исследования контингента прошли обследование 1814 человек (78,9%).

Результаты. Установлено, что эффективность лечения подагры и профилактики различных осложнений неразрывно связаны с ранней диагностикой. Учитывая то, что частота встречаемости, как подагры, так и метаболического синдрома увеличивается с возрастом, была изучена частота встречаемости МС у больных подагрой в различные возрастные периоды этого заболевания. Установлено, что частота МС увеличивается с возрастом. В этом факте также нет ничего нового. Однако, установлен другой, и весьма важный факт – частота встречаемости МС у больных подагрой значительно увеличивается после 50 лет. Некоторое снижение частоты МС в возрастной группе 60-69 лет можно объяснить более интенсивным выбыванием пациентов из популяции, вследствие повышенной среди них смертности в предыдущие годы. Далее анализировалась частота встречаемости МС у больных подагрой среди лиц с различным уровнем образования. Как оказалось, наиболее часто МС встречается у больных подагрой с высшим образованием. Несколько реже МС имеет место у больных со средне-техническим и наименее часто МС – у больных подагрой со средним образованием. Следует отметить, что различия частоты встречаемости МС у больных подагрой с высшим образованием имели статистически значимые отличия от аналогичного показателя в группе лиц со средним образованием.

Вывод: частота встречаемости МС у больных подагрой значительно увеличивается после 50 лет. Причём, это увеличение статистически значимо. Наиболее часто МС встречается у больных подагрой с высшим образованием.

ВОЗРАСТ И ГЕНДЕРСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ, СОЧЕТАННОЙ С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

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

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

Цель: исследовать содержание кальция и фосфора в сыворотке крови на фоне традиционной терапии диабетической нефропатии (ДН) разных стадий, сочетанной с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 72 больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа в сочетании с ДН II-IV стадий среднего и пожилого возраста и ГБ в анамнезе до/после лечения (42 женщин и 30 мужчин), а также 18 человек группы сравнения - без СД с ГБ в анамнезе (10 женщин и 8 мужчин). Стадию ДН устанавливали согласно классификации С. Mogensen (1981 г.), стадию ГБ или вторичной артериальной гипертензии – согласно рекомендациям ВОЗ и Международной ассоциации гипертензии (2007 г.). Концентрацию кальция и фосфора исследовали с использованием наборов реагентов фирмы Сogma (Польша). Больным назначали базовую терапию, включающую ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, сахароснижающие препараты и статины. Пациенты с гиперфосфатемией дополнительно получали никотиновую кислоту. Курс лечения – 14 дней.

Результаты. У мужчин концентрация кальция повышается при ДНII, а при прогрессировании ДН до III-IV стадии – снижается, что связано с изменениями сосудов (увеличение комплекса интима-медиа, кальцификация). У женщин концентрация кальция выше у пожилого возраста с ДНIV. Концентрация фосфора ниже у среднего возраста (мужчин и женщин) с ДНIV, у мужчин пожилого возраста с ДНII и у женщин пожилого возраста с ДНIII-IV по сравнению с лицами без СД, последнее связывают с ухудшением возможности физиологического контроля систолического артериального давления с возрастом. После лечения отмечено повышение концентрации кальция у мужчин с ДНIII-IV среднего возраста и у пожилых женщин с ДНIV, при этом более высокие концентрации кальция наблюдали у пожилых мужчин с ДНII и у женщин с ДНIV, что требует дополнительного терапевтического вмешательства. Концентрация фосфора на фоне терапии снижалась у женщин среднего возраста с ДНII и у больных с ДНIII-IV (кроме женщин среднего возраста). Больным с ДНII пожилого возраста и женщинам с ДНIII среднего возраста 14 дневного лечения для коррекции содержания фосфора оказалось недостаточно, необходимо не менее 3-х месяцев.

Вывод: учет возраст- и гендерспецифических изменений концентрации кальция и фосфора у больных ДН в сочетании с ГБ будет способствовать профилактике прогрессирования патологии.

РОЛЬ МОДИФІКАЦІЇ ОБРАЗУ ЖИТТЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кіресь І. В., Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики, в Україні поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу у дорослих становить 46,8%. Мета фармакотерапії АГ – зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Усі особи з підвищеним артеріальним тиском (АТ) окрім регулярного застосування антигіпертензивних засобів повинні дотримуватись модифікації способу життя – усуненні шкідливих звичок: тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю (вживання алкоголю не повинно перевищувати 30 мл етанолу на добу для чоловіків і 15 мл – для жінок), зменшення маси тіла, збільшення фізичної активності (регулярне виконання динамічних фізичних вправ, наприклад, швидка ходьба протягом 30–45 хвилин 5–7 разів на тиждень), обмеження додавання кухонної солі в їжі до 5,0 г на добу (1/2 чайної ложки), достатнє вживання калію, кальцію та магнію, зменшення вживання насичених жирів та холестерину.

Мета: визначити роль модифікації стилю життя в профілактиці АГ.

Матеріали і методи: нами було проведено анкетування хворих неврологічного відділення з коморбідною патологією ЦНС (дисциркуляторна енцефалопатія) та серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, АГ, хронічна серцева недостатність) щодо їх обізнаності та дотримування рекомендації по модифікації образу життя. У всіх хворих контролювався рівні АТ та ліпідів крові (холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької та високої щільності, коефіцієнт атерогенності).

Результати: було визначено, що тільки 74,7% пацієнтів обізнані щодо модифікації стилю життя, а дотримуються його менше 50%. При тривалому моніторингу АТ визначено, що у хворих, які дотримуються, модифікації стилю життя, середні рівні систолічного та діастолічного АТ були на 8,7% нижчими ніж у інших пацієнтів. Оцінюючи ліпідний спектр крові було визначено зниження всіх показників в межах 30% у хворих, які отримують статини в поєднанні з дотриманням модифікації стилю життя, в порівнянні з хворими, які отримували тільки гіполіпемічну терапію.

Висновок: у пацієнтів, які дотримувались модифікації стилю життя, спостерігалось більш значне зниження рівнів АТ та ліпідів крові в порівнянні із пацієнтам, які не дотримувались цих рекомендацій. Також визначена недостатня поінформованість хворих на АГ про модифікацію способу життя. У зв'язку з цим необхідно активізувати роботу щодо інформування пацієнтів про необхідність дотримуватись модифікації стилю життя.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

**Кобец А. В., Копица Н. П., Гончарь А. В., Тигаренко Н. В.,
Родионова Ю. В., Вишневская И. Р.**

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

Некоронарогенные заболевания сердца (НЗС) (дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) и миокардит (Мт)) чаще поражают людей молодого возраста. Одной из нередких причин развития ДКМП считают вирусные заболевания, что усложняет дифференциальную диагностику этих заболеваний. Этиология, патогенез и лечение Мт на сегодняшний день являются недостаточно изученными, а постановка достоверного диагноза Мт является достаточно трудной задачей.

36-летний мужчина С., спортсмен, обратился с жалобами на периодическую одышку и онемение левой руки. Объективно: при перкуссии – расширение границ сердца вправо и влево; аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, тахикардия 100 в минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, со слов, не отягощён. Общий и биохимический анализы крови без изменений; уровни С-реактивного белка, тропонина и NT-pro BNP не повышены, однако выявлено повышение уровня IgG цитомегаловируса и вируса Эпштейн-Барра. На ЭКГ без особенностей. На эхокардиографии выявлены дилатация левого желудочка (КДО 222 мл), гипокинезия передне-перегородочной области, дискинезия межжелудочковой перегородки, фракция выброса левого желудочка 36%. При спекл-трекинг эхокардиографии (СТЭ) выявлено снижение всех типов стрейн (глобальный продольный стрейн -12,34%, глобальный радиальный стрейн +11,59%, глобальный циркулярный стрейн -12,16%) во всех сегментах, особенно в перегородочных. Магнитная резонансная томография сердца (МРТС) показала признаки хронического Мт и активного воспалительного процесса (пятнистое мультифокальное усиление МР-сигнала в миокарде левого желудочка (ЛЖ), с вовлечением всех стенок, гиперемию, капиллярное пропитывание, воспалительную инфильтрацию), очаговый миокардиофиброз. Пациент получал карведилол, рамиприл, эплеренон, стероиды.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует необходимость настороженности в отношении НЗС у пациентов молодого возраста. Отрицательные результаты лабораторных исследований (в т.ч. маркеров воспаления и миокардиальных ферментов) не исключают диагноз Мт. При СН с выраженной дилатацией ЛЖ при Мт для улучшения прогноза рассматривается к стандартной терапии назначение стероидов. Применение современных методов диагностики: МРТС и СТЭ, может быть полезно для диагностики Мт и оценки функции сердца.

**ФАКТОРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ
ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТОНІЇ І КОРЕКЦІЯ ЇХ ДИСФУНКЦІЇ
АКАДЕМІКОМ Л. Т. МАЛОЮ І ЇЇ УЧНЯМИ**

**Коваль С. М., Милославський Д. К., Снігурська І. О., Старченко Т. Г.,
Божко В. В., Мисниченко О. В.**

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

У відділі артеріальної гіпертонії (АГ) на протязі понад 30 років проводиться вивчення ряду нейрогуморальних систем і факторів, які приймають участь в регуляції судинного тонуусу і артеріального тиску (АТ). У різні роки була встановлена важлива роль в патогенезі гіпертонічної хвороби (ГХ) та розвитку її ускладнень ренін-ангіотензинової системи (РАС), альдостерону, АПФ-незалежних регуляторів РАС, простаноїдів, ейкозаноїдів, ендотеліну, оскиду азота, цитокінів, нейропептидів, факторів росту, прозапальних факторів, регуляторів ангиогенезу. Одним з найчастіших варіантів формування ГХ є розвиток ендотеліальної дисфункції (ЕД) в результаті навіть короткоминучого підвищення АТ. Співробітники відділу одними із перших в Україні продемонстрували підвищення факторів ендотеліального походження – простацикліну та ендотеліну-1 ще на стадії граничної АГ у пацієнтів середнього віку, студентів ВУЗів. Піонерськими були роботи, які показали роль активації синтезу інтерлейкіну (ІЛ)-1, дефіциту продукції ІЛ-2, порушень іон-транспортної функції мембран лімфоцитів, активації утворення ФНП- α , ферменту хімази в розвитку ЕД і формуванні АГ у щурів і ГХ у людини. Заслужують уваги роботи відділу з вивчення факторів ураження ендотелію (прозапальні цитокіни, нейропептид- γ та уротензин-II) в прогресуванні АГ за умов ожиріння та цукрового діабету 2 типу. Важливим розділом роботи відділу є розробка ефективних схем лікування хворих на ГХ і профілактики її ускладнень з урахуванням ЕД. Під керівництвом доц. Васильєва Ю.М. здійснена розробка та впровадження немедикаментозних методів лікування АГ, за допомогою іноваційних методів контролю ЕД (НВЧ-діелектрометрія, клітинна адренорецепція), функціональних проб (манжетова, холодова). В подальшому були розроблені ефективні методи лікування АГ з використанням спектру антигіпертензивних препаратів, які обумовлюють ефективність лікування за рахунок позитивного впливу препаратів саме на ЕД. Роль ЕД була також показана в серії робіт в галузі резистентної АГ з застосування простенону, нітропруссиду натрію та плазмафореузу. У різні роки важливу роль у відділі в отриманні наукових досягнень щодо ДЕ, крім авторів, внесли Волос Б.О., Масляєва Л.В., Кірієнко О.М., Денисенко В.П., Зейналов Ф.М., Пенькова М.Ю., Резнік Л.А., Першина К.С., Маловичко Г.М., Цьома Л.М., Дунаєвська М.М., Конькова В.С. Питань ДЕ при АГ торкаються 3 методичних рекомендації, 5 збірників наукових праць, 65 статей у журналах та 100 тез, 8 кандидатських дисертацій.

РІВНІ ФАКТОРУ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ РОСТУ-11 В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

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

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

Мета. Вивчення рівнів фактору диференціації росту-11 (ФДР-11) в крові у хворих гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО)

Матеріали і методи. Обстежено 51 хворий на ГХ II стадії 2-3 ступеня (29 чоловіків і 22 жінки), середній вік - (57,23±5,56) років. У 41 хворого на ГХ діагностовано АО I-II ступеня, у 31 хворого на ГХ виявлено гіпертензивне серце (ГС). Всім хворим проводили загальноприйняте клінічне, лабораторне обстеження. Вміст ФДР-11 визначали імуноферментним методом за допомогою комерційних наборів «Cloude-Clone Corp», Houston, USA. Ультразвукове дослідження серця проводили в М- та В-режимах за стандартною методикою.

Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (12 чоловіків і 8 жінок), середній вік - (45,55±3,17) років.

Результати. Виявлено, що рівень в крові ФДР-11 у хворих на ГХ з АО та з ГС був достовірно нижчий (10,21 (6,75; 15,63) пг/мл) за такий у практично здорових осіб контрольної групи (25,80 (17,15; 34,38) пг/мл, $p<0,05$) і хворих на ГХ з АО і без ГС (18,10 (10,59;23,84) пг/мл, $p<0,05$). При аналізі зв'язків між змінами рівнів в крові ФДР-11 у хворих на ГХ з АО і особливостями перебігу ГХ було виявлено, що рівень ФДР-11 в крові хворих на ГХ більш тяжкого перебігу (3 ступеня) з АО був достовірно нижчий (8,34 (6,75;16,10) пг/мл, ніж такий у хворих на ГХ 2 ступеня з АО (19,21 (10,75; 23,84) пг/мл, $p<0,05$).

У результаті проведення кореляційного аналізу були знайдені достовірні зворотні кореляційні зв'язки між рівнем в крові ФДР-11 і наступними показниками: з індексом маси міокарду лівого шлуночка ($r = - 0,44$, $p<0,05$), з розміром лівого передсердя ($r = - 0,38$, $p<0,05$), з рівнем систолічного артеріального тиску ($r = - 0,38$, $p<0,05$) та з рівнем інсуліну натще ($r = - 0,35$, $p<0,05$).

Висновки. Виявлено достовірне зниження рівню в крові вік-залежного кардіопротекторного та антиатерогенного фактора диференціації росту-11 у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ожирінням та зі сформованим гіпертензивним серцем, в порівнянні з практично здоровими особами і хворими на гіпертонічну хворобу з ожирінням без гіпертензивного серця. Отримані дані вказують на важливу роль дефіциту даного фактора в розвитку гіпертензивного серця у цього контингенту хворих.

ЗВ'ЯЗОК ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З ДОВЖИНОЮ ТЕЛОМЕР ЛЕЙКОЦИТІВ

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

Довжина теломер (ДТ) лейкоцитів визнана маркером реплікативного клітинного старіння в клінічній практиці. Існуючі дані дозволяють судити про зв'язок укорочення ДТ в лейкоцитах з раннім судинним старінням, атеросклерозом, ризиком інфаркту міокарда, хронічною серцевою недостатністю, смертністю пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Очевидно, що вивчення факторів, що впливають на ДТ, представляється вкрай актуальним.

Основною причиною укорочення ДТ протягом життя є хронічне запалення і окислювальний стрес. З посиленням останнього і хронічного запалення пов'язана дія більшості факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань (ССЗ). Можна припустити, що прискорене вкорочення теломер під впливом ФР може бути одним з механізмів їх шкідливого впливу. Показано, що ДТ пов'язана з артеріальною гіпертонією (АГ), цукровий діабет 2 типу (ЦД-2), абдомінальним ожирінням, курінням, несприятливими психосоціальними факторами. Однак клінічних робіт, присвячених цьому питанню, в даний час недостатньо.

Мета: визначити взаємозв'язок ДТ з традиційними і деякими "новими" ФР у людей різного віку без клінічних проявів ССЗ, пов'язаних з атеросклерозом.

Матеріал і методи: були обстежені 297 осіб у віці 28-74 року без ознак ССЗ і інших хронічних захворювань, які не отримували регулярну медикаментозну терапію. У всіх пацієнтів оцінювалися традиційні і деякі "нові" ФР. ДТ визначалася за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі. Отримані результати опрацьовані за допомогою пакету статистичних програм «Statistica 9,0».

Результати: згідно з даними регресійного аналізу ДТ незалежно пов'язана з віком, маркером запалення - С-реактивним білком, показниками метаболічного статусу - окружністю талії, індексом інсулінорезистентності НОМА, рівнем глюкози плазми натще. Найбільш значущим предиктором виявився індекс НОМА ($p = 0,0003$). Імовірність наявності коротких теломер збільшується в 4 рази при підвищеному рівні СРБ, в 2,5 рази при наявності інсулінорезистентності, в 2 рази на тлі гіперглікемії натще.

Виводи: виявлення чинників, які пов'язані з клітинним старінням, дозволяє визначити найбільш вдалі мішені для ефективних втручань з метою ранньої і ефективною профілактики ССЗ.

СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА В СВІТІ

Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Козирєва Т. Є.

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

У XXI ст. світ зіткнувся з новими глобальними змінами в області вікової структури населення, серед яких старіння населення, безумовно, займає одне з центральних місць. У майбутньому ситуація тільки ускладниться: менш ніж через 40 років люди старше 60 років будуть становити більше 20% загальної чисельності населення планети.

Країни Західної Європи, США і Японія зіткнулися з проблемою старіння населення раніше всіх. Старіння населення відбувається в цих країнах різними темпами і з різним ступенем вираженості. В даний час структура європейського населення за віком стрімко змінюється, це є наслідком двох основних тенденцій: радикального зниження народжуваності і зростання тривалості життя.

Тенденція до збільшення очікуваної тривалості життя, яка і сьогодні має стійкий характер в розвинених країнах Європи, а також в США і Японії з'явилася приблизно в кінці XIX - початку XX ст. Тривалість життя європейця зросла на вісім років з середини XX ст., А до 2050-го року, згідно з прогнозами, вона зросте ще на п'ять років.

Зі старінням населення пов'язана необхідність розширення сфери медичного і соціального обслуговування, мережі медичних установ, якісної перебудови системи охорони здоров'я, а також збільшення бюджетних витрат на соціальне забезпечення літніх і старих людей. Старіння населення впливає на структуру матеріального виробництва і сфери послуг, змінюючи асортимент товарів і послуг, як медичних, так і немедичного призначення, відповідно до запитів літніх людей.

Сьогодні в суспільній свідомості відбуваються серйозні зміни, змінюються ціннісні орієнтації, переосмислюються функції і роль самих літніх людей. Це вимагає більш глибокого продумування стратегічних цілей і завдань як демографічної, так і соціальної політики щодо громадян старшого покоління для попередження неблагополучної ситуації в суспільстві. При цьому потрібно виходити з принципу збереження активності літніх і старих людей, їх участі в економічному та культурному житті суспільства, більш продуктивного використання людського потенціалу.

ПРОБЛЕМИ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Федотова Т. А.

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

Результати аналізу даних ВООЗ свідчать, що проблема старіння населення на сьогоднішній момент особливо актуальна, оскільки літні люди (особи у віці 60 років і старше) є найбільш зростаючим контингентом населення світу. У країнах ЄС проблема старіння населення проявляється дуже яскраво. Незважаючи на збільшення загальної чисельності населення, його вікова структура стає старше. Так, якщо в 1950 р. частка літніх людей становила 8% населення світу, то в 2000 р. вже 10%, а до 2050 р. передбачається, що цей показник становитиме 21%. Згідно з прогнозами ООН, до 2050 р. у найбільш розвинутих країнах частка людей старше 65 років сягне 26% усього населення, а в країнах Західної Європи зросте до 30% до 2025 р., а до 2050 р. становитиме 35 або навіть 40%.

На сьогодні в Україні кількість людей похилого віку становить близько 25% населення країни і, згідно з прогнозами, воно триватиме. Враховуючи темпи збільшення числа літніх людей та зменшення громадян працездатного віку, це призведе до посилення соціального та фінансового навантаження на останніх. В Україні останніми роками навантаження на працездатний за віком контингент повільно, але неухильно збільшувалося переважно за рахунок осіб, старших за працездатний вік. Так, якщо у 2010 р. на 1000 осіб працездатного віку припадало 223 особи у віці 65 років і старших, то у 2018 р. цей показник становив 243 особи.

Сучасні вітчизняні й загальноєвропейські тенденції демографічного розвитку свідчать, що Україну очікує поглиблення процесу старіння її населення на середньо і довгострокову перспективу. До початку 2030 р. кожен четвертий житель України буде у віці 60 років і старше та більш ніж двоє з кожних одинадцяти - у віці понад 65 років. У довгостроковій перспективі (на початок 2050 р.) літніх осіб, яким за 60, у населенні України буде близько третини, а тих, кому 65 років і більше - ледве не четверта частина.

Зростання частки осіб старших вікових груп з притаманним їм значним поширенням хронічних хвороб, що вимагають тривалого лікування і догляду, ставить перед системами охорони здоров'я нові завдання щодо забезпечення зазначених контингентів необхідними видами і обсягами медичної і медико-соціальної допомоги.

ХАРАКТЕР АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ВАЖКИХ УРАЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ

Комариця О. Й., Радченко О. М., Макаренко Т. М.

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

Хронічні гепатити (ХГ) та цирози (ЦП) розглядаються як генералізована вірусна інфекція з позапечінковою реплікацією вірусу, що активує адаптивні та імунні механізми, маркером яких є адаптаційна реакція (АР).

З метою їх вивчення за умов важких уражень печінки обстежено 40 хворих (7 жінок та 33 чоловіки) віком 53 ± 10 р., яким додатково до стандартного обстеження тип АР визначено за Л.Х.Гаркаві та співавт. (1998): стрес, орієнтування, активація, пере активація, неповноцінна адаптація. Результати опрацьовано статистично.

Результати. Встановлено, що у хворих на ХГ спостерігались практично усі типи АР, найчастіше – орієнтування (30%), яке недостатньо для елімінації інфекції, оскільки синдроми цитолізу та запалення були помірно вираженими, білоксинтетична функція печінки – на нижній межі норми. Сприятливі реакції активації та реакція переактивації зустрічались у поодиноких випадках за умов ХГ, а при ЦП та раку печінки взагалі не виявлялись. В обстежених хворих реакції активації характеризувались мінімальними рівнями трансаміназ, істотно більшим рівнем загального білка, гіпокоагуляцією. У пацієнтів з ХГ та ЦП найчастіше діагностувався стрес (64% та 67%), що супроводжувалось істотним зниженням білоксинтезуючої функції печінки, вираженими синдромами цитолізу та холестазу (за трансаміназами та лужною фосфатазою), максимальним ступенем запалення (за С-реактивним протеїном, швидкістю осідання еритроцитів), гіперкоагуляцією (за максимальним вмістом фібриногену Б, протромбіновим часом та індексом).

Висновки: у пацієнтів з важкими ураженнями печінки порушені процеси адаптації: несприятливі АР стрес та неповноцінна адаптація були частіше при первинному раку печінки та ЦП, ніж при ХГ. Сприятливі реакції активації зустрічались рідко за умов ХГ і взагалі не діагностувались при ЦП і раку печінки. Характеристики імунітету, запалення, функцій печінки та коагуляції залежно від типу АР слід враховувати при лікуванні.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ

**Копица Н. П., Исаева А. С., Родионова Ю. В., Титаренко Н. В.,
Кутя И. Н., Гилева Я. В.**

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

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) – идиопатическая кардиомиопатия, проявляющаяся сердечной недостаточностью на фоне систолической дисфункции левого желудочка в конце беременности или в первые месяцы после родов. Как правило, клиническая манифестация происходит в промежутке между последним месяцем беременности и пятым месяцем после родов у ранее здоровых женщин; частота летальных исходов – 20-50%. Диагностика ПКМП затруднена из-за плохой информированности врачей о данной патологии, бурно развивающейся острой сердечной недостаточности, являющейся осложнением многих заболеваний.

46-летняя пациентка (вторая беременность, 37 недель, вторые роды) поступила в отделение реанимации после планового кесарева сечения с признаками отека легких, АД 75/40 мм рт. ст., ЧСС 140 уд. в мин., частота дыхательных движений 36 в мин., SpO₂ 75%. Была переведена на ИВЛ с подачей O₂ в контур, применены инотропные препараты (норадреналин, добутамин), мочегонные, гепарин.

Из анамнеза известно, что первая беременность (ЭКО) прошла с выраженными отеками нижних конечностей и повышением артериального давления 130/90 (норма 90/60 мм рт. ст.). На ЭКГ – отрицательный зубец Т в отведениях V4-V6, avL. В биохимическом анализе: повышенный уровень С-реактивного белка 28 г/л, тропонина I – 40 пг/мл (норма до 0,5), АСТ 409 Е/л, АЛТ 426 Е/л, снижение уровня гемоглобина – 103 г/л и высокий уровень общего холестерина – 12,53 ммоль/л. При проведении эхокардиографии с анализом деформации выявлена диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, снижение фракции выброса – 43%, глобальный продольный стрейн – (-9,2%). Была выполнена ургентная коронарография, которая не выявила патологии коронарных артерий.

С учетом остро развившегося заболевания на фоне беременности и родов, наличия интактных коронарных артерий, выраженного миокардиального повреждения (высокий уровень тропонина), диффузного снижения сократительной способности миокарда по данным УЗИ установлен диагноз: Перипартальная (послеродовая) (роды 01.10.18) кардиомиопатия. ОСН III-IV по Killip. ОЛЖН – отек легких (01.10.18). Состояние после кесарева сечения (01.10.18). Анемия. Дислипидемия.

Проведенное лечение эналаприлом, карведилолом, эплереноном, адеметионином, бромокриптином, железосодержащими препаратами способствовало стабилизации клинического состояния. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Данный клинический случай показывает, что комплексное обследование является важным методом диагностики перипартальной кардиомиопатии, Применение бромокриптина – супрессора секреции пролактина в сочетании с традиционной терапией сердечной недостаточности обеспечило хороший клинический результат.

ІНГІБУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРАЦІЇ МАКРОФАГІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Копиця М. П., Петюніна О. В., Кобець А. В., Стороженко Т. С., Кутя І. М.,
Родіонова Ю. В., Титаренко Н. В., Пєсьнова Л. Л.

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

Мета – дослідити асоціацію між рівнем макрофаг інгібуючого фактора (МІФ) та клініко-анамнестичними даними у хворих з інфарктом міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST (STEMI). Визначити фактори, що впливають на цей зв'язок.

Матеріали та методи. Обстежено 73 пацієнта з підтвердженим STEMI, яким була проведена ангіопластика/стентування з успішним відновленням коронарного кровотоку (ТМІ-III). Середній вік хворих склав $58,37 \pm 10,34$ років, з них 53 (72,6%) чоловіків та 20 (27,4%) жінок. У групу контролю включено 12 здорових добровольців. Оцінювали клінічні, анамнестичні та біохімічні показники пацієнтів при надходженні в стаціонар. Рівень МІФ визначався за допомогою імуноферментного методу (RayBio®Human MIF ELISA KIT, США). Залучених до дослідження хворих було розподілено за медіанним рівнем МІФ: до першої групи включені пацієнти з низькою або помірною концентрацією МІФ ($\leq 2582,80$ нг/мл), $n=36$, до другої – з високим рівнем біомаркеру ($>2582,80$ нг/мл), $n=37$. Для виявлення факторів, які впливають на рівень МІФ, був проведений юні- та мультіваріативний регресійний аналіз.

Результати. При аналізі медіанних значень рівня МІФ у обстежених пацієнтів виявлено достовірне його підвищення в порівнянні з групою контролю (2582,80 [1308,40-4122,20] нг/мл проти (573,75 [397,80-1016,75], $p<0,001$). Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнями МІФ, тропоніну ($r=0,33$; $P=0,045$) та лейкоцитів крові ($r=0,36$; $p=0,039$). Високий рівень МІФ був достовірно пов'язаний з передньою локалізацією інфаркту міокарда (ІМ) ($p=0,047$) та ушкодженням лівої нисхідної коронарної артерії ($p=0,016$), що в комбінації з достовірно вищим рівнем тропоніну свідчить про наявність прямого зв'язку біомаркера з розміром зони ураження лівого шлуночка. Мульти- та юнівваріативний логістичний аналіз виявив незалежний достовірний взаємозв'язок між передньою локалізацією ІМ та підвищеним рівнем МІФ (ВШ=0,2820, 95% ДІ 0,1035-0,7680, $P=0,0133$). Встановлено залежність між більш низьким рівнем біомаркеру у хворих з наявністю стабільної стенокардії до індексної події (ВШ=0,2318, 95% ДІ 0,0637-0,8438, $p=0,0266$).

Висновки. МІФ при STEMI має тісний взаємозв'язок між рівнем тропоніну, передньою локалізацією зони ураження та ушкодженням лівої нисхідної коронарної артерії, а також з інтенсивністю запальних процесів в ураженому міокарді, що визначається високим рівнем лейкоцитів крові. Наявність в анамнезі у пацієнтів стабільної стенокардії до індексної події супроводжувалась більш низьким рівнем МІФ, що вірогідно пояснюється кардіопротекторним механізмом та ефектом ішемічного прекодиціонування, що сприяють зменшенню зони розміру ІМ та вивільненню біомаркера.

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З MINOCA (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

**Копиця М. П., Кобець А. В., Гончарь О. В., Титаренко Н. В.,
Родіонова Ю. В., Петюніна О. В., Гільова Я. В.**

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

Гострий інфаркт міокарда (ІМ) з необструктивними коронарними артеріями (MINOCA) нерідко трапляється в клінічній практиці та складає 2-14 % пацієнтів з ІМ, а смертність протягом року складає 3,5%. Цей діагноз потребує з'ясування причин цього стану та проведення оптимальних лікувальних заходів, які на сьогодні до кінця не вивчені.

Пацієнт Р., чоловік, 61 років, доставлений до відділення інтервенційної кардіології бригадою ШМД 01.02.2019 07.05 у зв'язку з появою інтенсивних давячих болей за грудиною, що рецидивували протягом кількох годин. На ЕКГ: ознаки ІМ з формуванням патологічного зубця Q у відведеннях V1-V4. Рівень сироваткового тропоніну I підвищений (1274 нг/л). В анамнезі: цукровий діабет (2 тип), діагностований за 6 місяців до індексної події. Пацієнту ургентно проведена коронароангіографія: гілки лівої коронарної артерії (ЛКА) (медіальна частина ПМШГ ЛКА та перша діагональна гілка ПМШГ ЛКА) стенозовані на 50% - реваскуляризація не проводилася. Період після процедури протікав задовільно.

Об'єктивно на момент госпіталізації фізикальний статус без особливостей. При ЕКГ визначалася гіпокінезія передньо-перетинково-верхівкових сегментів ЛШ. Фракція викиду ЛШ 52%. Склеротичні зміни аорти, стулок аортального та мітрального клапанів. При проведенні аналізу деформації міокарда ЛШ у режимі спекл-трекінг ехокардіографії глобальний поздовжній стрейн знижений до -6,88% із найнижчими значеннями в передньо-перетинково-верхівкових сегментах, з наявністю піків постсистолічного скорочення в сегментах передньої стінки ЛШ.

13.02.2019 з 17.30 виникли ангінозні болі, що супроводжувалися ішемічними змінами на ЕКГ. Тропонін I сироватки крові залишався в межах норми (0,22 нг/мл). В зв'язку з появою можливих ангіоспастичних компонентів в патогенезі коронарних епізодів стандартна терапія (тікагрелор, бісопролол, раміприл, розувастатін, пантопразол, аспірин, метформін) доповнена нітратами та амлодипіном. Подальший перебіг захворювання проходив без особливостей.

Зважаючи на рекомендації Європейського товариства кардіології та Асоціації кардіологів України, пацієнту діагностований гострий інфаркт міокарда з необструктивним ураженням коронарних артерій.

Таким чином, MINOCA у пацієнтів, незважаючи на відсутність гемодинамічно значущих уражень коронарних артерій за даними ангіографії, потребує підвищеної уваги, з огляду на можливість розвитку серцево-судинних ускладнень.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КВЕРЦЕТИНУ У ЛЮДЕЙ
ЛІТНЬОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ЙОГО
ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
ЕНДОТЕЛІЮ МІКРОСУДИН**

**Коркушко О. В., Бондаренко О. В., Антонюк-Щеглова І. А.,
Дужак Г. В., Наскалова С. С., Гриб О. М., Шатило В. Б.**

*Державна установа «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова
НАМН України», м. Київ*

Мета: з'ясувати вплив курсового застосування кверцетину на функціональний стан ендотелію мікросудин у людей літнього віку з метаболічним синдромом.

Матеріали та методи. Обстежено 50 хворих віком 50-75 років з метаболічним синдромом (МС). Хворі основної групи (25 осіб) впродовж 3-х місяців приймали кверцетин (препарат "Квертин", жувальні таблетки виробництва ПАТ «Борщагівський ХФЗ», по 80 мг 3 рази на добу). Хворі контрольної групи (25 осіб) отримували таблетки плацебо.

Об'ємну швидкість кровотоку шкіри в ділянці середньої третини внутрішньої поверхні передпліччя визначали методом лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ) на апараті BLF-21D ("Transonic Systems Inc", США). Функціональний стан ендотелію мікросудин досліджували при пробі з постоклюзивною гіперемією.

Артеріальний тиск вимірювали ртутним сфігмоманометром Erkameter 3000 (Німеччина) на плечовій артерії відповідно до рекомендацій ESH.

Результати. У групі хворих, які отримували кверцетин, при проведенні проби з постоклюзивною гіперемією відмічено статистично значиме збільшення максимальної об'ємної швидкості шкірного кровотоку та тривалості періоду відновлення об'ємної швидкості шкірного кровотоку до початкового рівня, що свідчить про покращення вазомоторної функції ендотелію мікросудин. Покращення функціонального стану ендотелію відбулося у 52 % обстежених і супроводжувалось зниженням систолічного артеріального тиску на $7,2 \pm 1,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Та діастолічного артеріального тиску на $3,24 \pm 1,6$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). У хворих контрольної групи не відмічено покращення показників вазомоторної функції ендотелію мікросудин.

Висновки. Курсове застосування кверцетину покращує функціональний стан ендотелію мікросудин, що сприяє зниженню артеріального тиску у хворих з метаболічним синдромом.

ЗМІНИ РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КРОВІ ПІД ВПЛИВОМ КВЕРЦЕТИНУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Коркушко О. В., Наскалова С. С., Антонюк-Щеглова І. А.,
Дужак Г. В., Бондаренко О. В., Шатило В. Б.

*Державна установа «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова
НАМН України», м. Київ*

Мета дослідження – оцінити вплив кверцетину на функціональний стан тромбоцитів і в'язкість крові у хворих літнього віку з метаболічним синдромом (МС).

Матеріал і методи. Обстежено 50 хворих з МС віком 60-75 років, які розподілені порівну в основну і контрольну групи. Хворі основної групи протягом 3-х міс. отримували кверцетин (препарат "Квертин", жувальні таблетки виробництва ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» по 80 мг 3 рази на добу). Обстежувані контрольної групи протягом такого ж часу отримували плацебо. До і після курсу лікування проводили оцінку критеріїв МС, визначали агрегаційну здатність тромбоцитів, в'язкість крові, рівень ліпідів у сироватці крові.

Результати. Під впливом курсового застосування кверцетину покращились реологічні властивості крові: зменшились показники її в'язкості у 84% обстежених, спонтанної та індукованої агрегації тромбоцитів у 72% та 80% обстежених, відповідно. Відмічено статистично значиме зниження рівня загального холестерину на $0,76 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,05$) і холестерину ЛПНГ в сироватці крові на $0,77 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,05$). Зменшення показника в'язкості крові супроводжувалося зменшенням спонтанної ($r = 0,68$; $p < 0,05$), адреналін-індукованої ($r = 0,66$; $p < 0,05$) та АДФ-індукованої агрегації тромбоцитів ($r = 0,62$; $p < 0,05$), а також зростанням індексу деформованості еритроцитів ($r = - 0,69$; $p < 0,05$).

У пацієнтів контрольної групи за період спостереження показники реологічних властивостей крові та ліпідного профілю суттєво не змінилися.

Висновок: отримані результати, свідчать про те, що у хворих літнього віку з метаболічним синдромом курсове (протягом 3-х місяців) застосування кверцетину зменшує прояви дисліпідемії, підвищеної спонтанної та індукованої агрегації тромбоцитів, сприяє зростанню індексу деформованості еритроцитів, що в сукупності призводить до зменшення в'язкості крові як одного із факторів ризику розвитку ускладнень при метаболічному синдромі.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ЩО СТАЛИ УЧАСНИКАМИ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

Корнійчук В. І., Степаненко А. О., Ковальова А. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Захворювання серцево-судинної системи в Україні і світі є однією із головних причин смертності та значно знижують якість життя пацієнтів. Саме з огляду на таку ситуацію держава впровадила програму «Доступні ліки», яка надає можливість повністю або частково покривати вартість препаратів, які входять до переліку. Серед препаратів, що призначаються для лікування АГ: Еналаприл, Бісопролол, Амлодипін, Гідрохлортиазід, Лозартан.

Мета: оцінити ефективність лікування пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ), які беруть участь в програмі «Доступні ліки», та оцінити прихильність до призначеної терапії.

Матеріали і методи: на базі міської поліклініки № 11 міста Харкова проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт 60 пацієнтів (35 чоловіків та 25 жінок) з ГХ 2 стадії, з супутніми захворюваннями ІХС і цукровим діабетом (ЦД), віком від 42 до 72 років (на момент початку дослідження), які протягом двох років брали участь у програмі «Доступні ліки». Обрані пацієнти отримували антигіпертензивну терапію, яка включала комбінацію Еналаприлу та Амлодипіну або Лозартану та Амлодипіну. За цільове значення артеріального тиску (АТ) було взято цифри <139/89 мм. рт. ст. Критерії виключення: важка хронічна серцева недостатність (III та IV ФК за NYHA), злякiswa або резистентна артеріальна гіпертензія та гострі серцево-судинні події в анамнезі.

Результати. Проведено аналіз динаміки показників систолічного та діастолічного АТ обраних пацієнтів протягом двох років до участі в програмі «Доступні ліки» (з 1 січня 2015 р. до 31 грудня 2016 р) та протягом двох років після (з 1 січня 2017 до 31 грудня 2018 р.). За основу дослідження прийняті середні показники систолічного та діастолічного АТ на основі їх вимірювання дільничним терапевтом під час диспансерних оглядів. Статистичний аналіз показав, що протягом останніх 2 років відмічалось достовірне зниження середнього систолічного АТ у досліджуваних хворих на 17 мм. рт. ст. та діастолічного – на 8 мм рт. ст. Після введення у дію програми у 65 % хворих (39 осіб) досягнуто цільові рівні АТ (< 139/89 мм. рт. ст.), тоді як до цього відповідні рівні були досягнуті лише у 35 % (21 особа).

Висновки. Лікування пацієнтів з ГХ 2 стадії, з супутніми захворюваннями ІХС і ЦД, які брали участь в програмі «Доступні ліки», показало високу ефективність. У зв'язку з фінансуванням і вступом в дію програми хворі змогли отримувати медичні препарати безкоштовно або з доплатою, що призвело до підвищення комлаєнсу до призначеної терапії. У результаті у більшості хворих досягнуто цільові цифри АТ і знизився ризик серцево-судинних ускладнень у вигляді інсультів й інфарктів.

ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЕ СНУ

Коротченко О. В., Гріднєв О. Є.

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

На даний час неалкогольний стеатогепатот (НАСГ) вважається фактором підвищення загального смертності. Одним з основних факторів, що запускає прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки з подальшим розвитком НАСГ та фіброзу печінки є оксидативний стрес, у тому числі обумовлений гіпоксією. Головною ланкою в патофізіології синдрому обструктивного апное-гіпопное сна (СОАГС) є гіпоксія, що може призводити посилення оксидативного стресу, і як наслідок запалення та обтяжувати перебіг НАСГ.

Мета: вивчити особливості показників індексу маси тіла (ІМТ), цитолізу та ліпідограма у пацієнтів з поєднаним перебігом НАЖХП та СОАГС.

Матеріали і методи: обстежено 36 пацієнтів з НАСГ. Проводилась оцінка антропометричних даних, біохімічних даних (аспартат- і аланінамінотрансфераз (АСТ, АЛТ), ліпідограма), сомнографія.

Результати дослідження. З обстежених хворих на НАСГ у 21 (58,3%) хворого виявлено наявність СОАГС. Середній індекс апное-гіпопное склав 18,38 подій на годину. Середній вік пацієнтів групи з поєднаним перебігом НАСГ та СОАГС склав $48,81 \pm 4,1$ років, у групі з ізольованим НАСГ – $55,83 \pm 4,6$ роки. У пацієнтів з НАСГ ІМТ склав $30,64 \text{ кг/м}^2$, в той час як у пацієнтів з поєднаним перебігом НАСГ і СОАГС він був значно вищим – $34,74 \text{ кг/м}^2$. Рівень АСТ у пацієнтів з поєднаним перебігом НАСГ та СОАГС склав $61,3 \pm 3,38$ од/л, у групі з ізольованим НАСГ – $37,33 \pm 2,03$ од/л. Рівень АЛТ у групі з поєднаним перебігом НАСГ та СОАГС склав $56,5 \pm 2,95$ од/л, у групі з ізольованим НАСГ – $44,83 \pm 2,48$ од/л. Показники ліпідограма у групі з поєднаним перебігом НАСГ та СОАГС – рівень загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів дуже низької та низької щільності, були вірогідно вищими, ніж в групі з ізольованим НАСГ ($p < 0,05$). В той час як рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності був вірогідно нижчим, ніж у пацієнтів з ізольованим НАСГ ($p < 0,05$). Дані зміни у ліпідогамі підтвердив і розрахунок коефіцієнту атерогенності, який у групі з поєднаним перебігом НАСГ та СОАГС склав $5,1 \pm 0,68$, що було вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у пацієнтів з ізольованим НАСГ – $3,95 \pm 0,46$.

Висновки. У пацієнтів з поєднаним перебігом НАСГ та СОАГС виявлено достовірно вищий ІМТ, більш виражені прояви синдрому цитолізу та більш атерогенний профіль ліпідограма, ніж у пацієнтів з ізольованим перебігом НАСГ, що свідчить про безпосередній обтяжуючий вплив супутнього СОАГС на перебіг НАСГ. Таким чином, СОАГС може бути розглянутий в якості додаткового патогенетичного фактора НАСГ.

ІМУНОЗАПАЛЬНІ МАРКЕРИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Костюк І. Ф., Бязрова В. В., Стебліна Н. П., Нагорна О. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

В механізмі розвитку професійних захворювань бронхолегеневої системи істотне значення надається імунним механізмам.

Мета дослідження: оцінка діагностичної та прогностичної ролі імунологічних маркерів при професійних захворюваннях легень.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 86 пацієнтів. Усі хворі надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Діагноз силікоз встановлено згідно до Міжнародної класифікації пневмоконіозів. Визначення рівнів загального фібрoneктину (ФН), інтерлейкіну- 1 (ІЛ-1 β), фактора некрозу пухлини α (ФНО α) в плазмі крові проводилося методом імуноферментного аналізу.

Результати. Встановлено, що силікоз частіше розвивався у робітників вікових груп 45-50 років і старше. В більшості випадків силікоз спостерігався при стажі роботи в пилових умовах понад 15 років. При вивченні клінічних проявів встановлено, що задишка, кашель і біль в грудній клітці за характером були типовими для захворювання на силікоз. При аускультатії у більшості випадків виявлено жорстке дихання та розсіяні сухі хрипи, ознаки емфіземи легень. Виявлено порушення функції зовнішнього дихання у хворих на силікоз за рестриктивним типом з приєднанням у частини хворих обструктивного компоненту. Силікоз рентгенологічно був переважно інтерстиціальної форми відповідно категорії від s/s1/1 до t/t 2/2 та вузликовим (sp/sp 1/1,pq/pq 2/2). Більш виражені клінічні ознаки встановлені у хворих з вузликовим фіброзом.

Вивчення вмісту фібрoneктину в плазмі крові в залежності від характеру фіброзу показало, що у хворих з інтерстиціальним фіброзом рівні ФН підвищувалися у 74,1% випадків, а у хворих із вузликовим - навпаки частіше знижувалися (у 72,0,p<0,001). Підвищення рівня ІЛ-1 β має місце у всіх хворих. Нами виявлено підвищення рівня прозапального ФНО α - у хворих з інтерстиціальною та вузликовою формами силікозу. Більше зростання рівня ФНО α у хворих вузликовою формою фіброза може розцінюватися як несприятливий патогенетичний фактор прогресування пневмофіброзу.

Висновки. Оцінка рівня ФН та ФНО α має прогностичне значення. Більш ранні прояви захворювання супроводжуються підсилення виділення ФН альвеолярними макрофагами і наростанням його в крові та підвищенням рівня прозапального ФНО α . Прогресування захворювання з інтенсивним колагенутворенням та розвитком вузликових змін характеризується зниженням вмісту ФН та ще більшим зростанням ФНО α . Визначення імунологічного профілю дозволяє нам не тільки підвищити якість ранньої діагностики, але і прогнозувати перебіг захворювання.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ІЛ-18 ТА ІЛ-10 У ФОРМУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Костюк І. Ф., Меленевич А. Я.

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішніх та професійних хвороб, Україна

Проблема поєданого перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та гіпертонічної хвороби (ГХ) є актуальною у зв'язку з ростом захворюваності, важкістю ускладнень, тенденцією до підвищення смертності та стійкої втрати працездатності. Ці захворювання мають спільні ланки патогенезу – метаболічну, запальну та гемодинамічну, що визначає необхідність встановлення маркерів несприятливого перебігу цієї коморбідної патології. Інтерлейкін (ІЛ)-18 один з перших залучається у прозапальну відповідь організму та визначає весь подальший запальний каскад завдяки своїм плейотропним властивостям. ІЛ-10 – провідний протизапальний цитокін.

Мета: проаналізувати співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 як маркер характеру перебігу ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

Матеріали і методи: У дослідженні прийняли участь 69 пацієнтів на ХОЗЛ GOLD 2, групи В у фазі ремісії у поєднанні з ГХ II стадії та 20 практично здорових осіб. Хворим проведено загальноклінічне обстеження, пульсоксиметрію, спірографію, рентгенографію органів грудної клітки та ехокардіографію. ІЛ-18 та ІЛ-10 визначали в сироватці методом імуноферментного аналізу, використовуючи тест-системи «Bender MedSystems, GmbH» (Австрія). Оцінка прогностичних властивостей співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 проводилась за допомогою ROC аналізу.

Результати: Поєднаний перебіг супроводжується вираженою активністю системного запалення та компенсаторної відповіді зі зростанням ІЛ-18 (2641,28 [2171,34; 3550,16] пг/мл; $p < 0,01$) та ІЛ-10 (77,93 [55,27; 112,34] пг/мл; $p < 0,01$). Десатурація на тлі фізичного навантаження призводить до дисбалансу запальної відповіді зі зростанням прозапального ІЛ-18 (3296,24 [2356,03; 3978,92] пг/мл; $p < 0,01$) та зниженням протизапального ІЛ-10 (61,12 [48,34; 79,63] пг/мл; $p < 0,01$). Співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 за даними ROC-аналізу володіло високою прогностичною інформативністю щодо перебігу коморбідної патології. При його рівні більше 42,66 з чутливістю 82,1 % та специфічністю 82,9 %, AUC – 0,822 ($p < 0,001$) можна прогнозувати несприятливий перебіг ХОЗЛ на тлі ГХ зі зниженням толерантності до фізичних навантажень, десатурацією, формуванням емфізематозних змін та ознак перевантаження правих відділів серця тиском.

Висновок: Зростання співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 асоціюється зі збільшенням дисбалансу між про- та протизапальними ланками патогенезу та має прогностичний потенціал як маркер характеру перебігу ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ІНСУЛІНЕМІЇ

Кочержат О. І., Вірстюк Н. Г.

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

Мета: оцінити перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих з метаболічним синдромом (МС) залежно від типу інсулінемії.

Матеріал і методи: обстежено 62 хворих з МС (28 чоловіків, 34 жінки), віком (61,26±5,20) років. У I групу ввійшли 27 (43,55%) хворих з нормальним рівнем ЕІ в крові натще; у II групу – 35 (56,45%) хворих із гіперінсулінемією натще (спонтанна). Про наявність МС судили за критеріями Adult Treatment Panel III (АТР III 2001). Рівень ендогенного інсуліну (ЕІ) в плазмі крові, С-реактивного білка (СРБ) і фактора некрозу пухлин альфа (ФНП α) визначали імуноферментним методом. Діагноз НАЖХП верифікували за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД), еластографії печінки та лабораторних показників: активність аланін – (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ), гаммаглутаміл-транспептидази (ГГТП), холінестерази (ХЕ) та вмісту білірубину і ліпідів крові. Контролем були 10 практично здорових осіб.

Результати: в усіх хворих виявлено абдомінальне ожиріння та 2 й більше критеріїв МС за АТР III (2001). Рівень глюкози натще коливався в межах контролю (< 5,6 ммоль/л) в обох групах. Нормальний рівень ЕІ у хворих I групи склав (15,09±1,20) мкОд/мл, в контролі – (12,16±0,08) мкОд/мл (р < 0,05). У хворих II групи зі спонтанною гіперінсулінемією ЕІ натще склав (55,46±5,32) мкОд/мл (р < 0,05). У I групі стеатоз печінки виявлено у 22 (81,48%), неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) – у 5 (18,52%) хворих; у II групі – у 12 (34,29%) і 23 (65,71%) хворих відповідно. Зниження активності ХЕ виявлено у 3 (11,1%) хворих I групи і 19 (54,29%) хворих II групи. Вміст ФНП α у хворих I групи складав (14,33±0,75) пг/мл (р < 0,05), II групи – (27,50±0,91) пг/мл (р < 0,05) порівняно з (8,56±0,24) пг/мл у контролі; СРБ – (3,86±0,12) мг/л (р < 0,05) і (10,02±0,67) мг/л (р < 0,05) відповідно порівняно з (0,75±0,04) мг/л у контролі. Виявлені взаємозв'язки між показниками інсулінорезистентності НОМА-IR та активності АлАТ (r=+0,43; r=+0,39, p_{1,2}<0,05), ФНП α і СРБ та активності АлАТ (r=+0,72; r=+0,68, p<0,05).

Висновки: 1. Спонтанна гіперінсулінемія за наявності МС супроводжується більшою частотою НАСГ порівняно з нормоінсулінемією.

2. Наявність інсулінорезистентності та субклінічного запалення є несприятливими чинниками щодо перебігу НАЖХП у хворих з МС і сприяють розвитку НАСГ.

ОЦІНКА АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЧАСТИХ ЗАГОСТРЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Крахмалова О. О., Самохіна Л. М., Гетман О. А., Харченко Ю. Є.

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

Мета: дослідити загальну антиоксидантну активність (ЗАА) у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) з різною частотою загострень та ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали і методи: обстежено 95 хворих на ХОЗЛ з супутньою ІХС, з них 49 – з нечастими загостреннями ХОЗЛ і 46 – з частими загостреннями та 14 осіб в контролі. Наявність та ступень тяжкості ХОЗЛ встановлювали відповідно з критеріями GOLD (2010 р.) та Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.; діагноз ІХС - згідно рекомендацій Європейського та Українського товариств кардіологів (2011 р.). ЗАА визначали в сироватці крові мікроспектрофотометричним методом, який засновано на здатності антиоксидантів, присутніх у зразку, пригнічувати окислення 2,2-азино-ди(3-етилбензотіазолін-6-сульфонової кислоти). В якості контрольного матеріалу використовували розчини тролоксу 2,5-500 мкМ. Облік оптичної щільності контрольних і дослідних зразків здійснювали за допомогою мікропланшетного аналізатора ImmunoChem-2000 (США) при 630 нм. Статистичну обробку даних проведено методом Стьюдента-Фішера з використанням ліцензійного програмного забезпечення «Microsoft Excel».

Результати. Показано, що ЗАА в сироватці крові пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою ІХС знижується ($p < 0,001$) при наявності фенотипу з частими загостреннями. При наявності фенотипу з нечастими загостреннями ЗАА має тенденцію до зростання. Збільшення ЗАА в сироватці крові пацієнтів, що перенесли загострення ХОЗЛ, обумовлено скоріше за все антизапальними ефектами стандартної терапії, що супроводжуються збільшенням ЗАА під час відновлення порівняно з загостреннями. А у разі наявності фенотипу ХОЗЛ з частими ($n=3-4$) загостреннями на фоні супутньої ІХС ефективність стандартної терапії виявилась недостатньою. При цьому своєчасне призначення антиоксидантів сприятиме зменшенню частоти звернень за невідкладною медичною допомогою, покращенню показників функції дихання і газообміну, менш швидкому прогресуванню захворювання, попередженню декомпенсації супутніх хронічних захворювань, покращенню якості життя хворих і зменшенню витрат на лікування.

Висновок: оцінка ЗАА може бути використана для профілактики частих загострень ХОЗЛ у пацієнтів з супутньою ІХС.

ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ НА ТРАНСФОРМАЦІЮ ФЕНОТИПУ ХОЗЛ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІХС

Крахмалова О. О., Харченко Ю. Є., Токарєва А. Ю., Грідасова Л. М.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Вступ: незважаючи на те, що фенотипи, зазвичай, стабільні, вони можуть змінювати свої прояви або спонтанно, або під впливом лікування. Наприклад, у хворого з частими загостреннями ХОЗЛ останні можуть припинитися при правильному та постійному базисному лікуванні. У хворого зі змішаним фенотипом терапія може зумовити зникнення позитивної реакції на бронходилататори та зменшити еозинофільне запалення. Такий підхід репрезентує суттєві зміни щодо ведення хворих з ХОЗЛ, він є більш персоналізованим та фокусується на клінічних критеріях та багатовимірній оцінці тяжкості хвороби.

Мета: оцінити вплив лікувально-профілактичних заходів на трансформацію фенотипу ХОЗЛ у пацієнтів с коморбідністю ХОЗЛ та ІХС.

Матеріали та методи: усі пацієнти були розподілені за схемою лікування на 2 групи: 1-ша група – пацієнти що отримували наряду зі стандартним лікуванням ІХС фіксовану комбінацію М-холінолітику тривалої дії (тіотропію бромід) та бета2-агоністу пролонгованої дії олодатеролу (17 пацієнтів). Пацієнти 2-ї групи (13 чоловік) на додаток до стандартної терапії ІХС отримували фіксовану комбінацію М-холінолітику тривалої дії (умеклідініуму) та бета2-агоністу пролонгованої дії вілантеролу. Термін спостереження склав 3 місяці.

Результати дослідження показали, що лікування фіксованою комбінацією тіотропію/олодатеролу (група1) та умеклідініуму/вілантеролу (група2) впродовж року у пацієнтів спостерігалось зменшення кількості загострень на рік, збільшення дистанції, пройденої за 6 хвилин, приріст показників сатурації кисню в обох групах, покращились показники функції зовнішнього дихання: відзначався достовірний приріст ОФВ1 та ФЖЕЛ. Виявлено достовірне покращення стану загальної антиоксидантної системи у групі 1, натомість, у групі 2 достовірно значущих змін показників стану загальної антиоксидантної системи не виявлено.

Висновки: дані літератури та результати власних спостережень дозволяють вважати фіксовану комбінацією тіотропію/олодатеролу препаратами вибору у пацієнтів с коморбідністю ХОЗЛ та ІХС.

ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОСТРУКТУРИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Крилова О. О., *Гайдар Ю. А.

ТОВ «Ендотехномед», м. Дніпро, Україна,

*Інститут гастроентерології НАМН України, м. Дніпро, Україна

Мета дослідження: вивчити морфологічні особливості підшлункової залози при різних клініко-морфологічних формах хронічного панкреатиту.

Матеріали та методи: вивчено гістологічні препарати підшлункової залози 60 пацієнтів з різними формами хронічного панкреатиту відповідно до Марсельсько-Римської класифікації: I група - 10 хворих обструктивною формою, II - 21 пацієнт з кальцифікуючою, III - 13 хворих з фіброзно-паренхіматозною формою, IV - 16 пацієнтів з хронічним панкреатитом, ускладненим псевдокістою. Біоптати підшлункової залози отримували під час планових операцій на органі і за допомогою тонкоголкової біопсії під УЗД контролем. Тканинний матеріал фіксували в середовищі Боуена, готували мікроскопічні зрізи тканини, фарбували гематоксилін-еозином і за Маллорі -Слінченко.

Результати: для хворих всіх груп характерна наявність хронічного запалення, яке в 31,7% випадків мало ознаки загострення. Атрофічні зміни виявлені у більшості хворих (96,7%). Достовірної різниці вираженості і частоти виявлення фіброзу різного ступеня в групах не встановлено: легкий ступінь фіброзу виявлено у 6,7% хворих, помірний - у 20,0%, виражений - 16,7%, повний фіброз - 56,7%. У 8,7% хворих спостерігався осередковий некроз екзокринної частини підшлункової залози. У екстрацелюлярному матриксі, який продукували зірчасті клітини, переважав колаген I типу. Псевдокісти виявлені у 31,7% хворих хронічним панкреатитом.

Фіброзування підшлункової залози поділялося на рихле та щільне. Рихле фіброзування було типовим для легкого та помірного ступеня фіброзу, а щільне - для вираженого ступеня і повного фіброзу. При повному фіброзі і тяжкій атрофії підшлункової залози сполучна тканина огортала безмієлінові нерви, спостерігалось розширення проток, поява в них кальцинатів, дисплазія і сквамозна метаплазія епітелію проток.

Висновок: морфологічна картина фіброзних змін підшлункової залози не залежить від форми захворювання. Рихле фіброзування характерне для легкого і середнього ступеня фіброзного панкреатиту, а щільне - для фіброзу високого ступеня і повного фіброзу.

РОЛЬ ДЕФЦИТУ NO-СИНТАЗИ У РОЗВИТКУ ПАНКРЕАТИТУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Крилова О. О., *Руденко А. І., *Гайдар Ю. А., *Карачінова В. А.

ТОВ «Ендотехномед», м. Дніпро, Україна,

*Інститут гастроентерології НАМН України, м. Дніпро, Україна

Мета – вивчити вплив блокатора NO-синтази на підшлункову залозу (ПЗ) щурів.

Матеріали та методи: проведено експериментальні дослідження на 22 білих щурах-самцях, масою 220-280 г у віці 20-22 тижні. У 1-й серії досліджень тваринам вводили неспецифічний інгібітор NOS L-NNA (Fluka) 40 мг / кг маси тіла протягом 6-ти (n = 7) і 12-ти (n = 7) діб. У 2-й контрольній серії (n = 8) щурам внутрішньочеревно вводили стерильний фізіологічний розчин. Екскреторну функцію ПЗ оцінювали за активністю амілази, ліпази і трипсину крові. ПЗ резекували, тканинний матеріал фіксували в середовищі Боуена, готували мікроскопічні зрізи тканини, фарбували гематоксилін-еозином і за Маллорі-Слінченко.

Результати: на 6 добу в ПЗ всіх щурів виявляли різних розмірів вогнища пошкодження ацинарної тканини: мембрани ацинарних клітин місцями не визначались; відзначався виражений перичелюлярний набряк; ядра ацинарних клітин були гіперхромні, місцями дещо зменшені в розмірах; виявляли помірну дифузну інфільтрацію стромы лімфоцитами і переважно сегментоядерними нейтрофілами. При морфологічному дослідженні ПЗ щурів на 12-й день недостатності NO-синтази були виявлені ознаки загострення панкреатиту з різним ступенем пошкодження паренхіми. Характерними були повнокрів'я, стаз в дрібних судинах, виражений набряк навколо часточок ПЗ. Поруч з великими протоками виявлялася помірно виражена дифузна лімфогістіоцитарна інфільтрація з наявністю сегментоядерних нейтрофілів і поодиноких плазмочитів. Запальні зміни в основному виявлялись перідуктально. Спостерігалось набухання і просвітління цитоплазми (дистрофія) ацинарних клітин, конденсація хроматину в ядрах ацинарних клітин (явища початкової стадії апоптозу). Острівцевий апарат залишався інтактним.

Морфологічні зміни супроводжувалися змінами функції ПЗ. На шостий день рівень ферментативної активності ПЗ підвищився: достовірно збільшився рівень α -амілази до $(132,66 \pm 7,4)$ г / год \times мл проти $(93,32 \pm 19,6)$ г / год \times мл в контролі, (p <0,01) і ліпази $(2,38 \pm 0,1)$ мл нмоль / с л проти $(2,01 \pm 0,02)$ мл нмоль / с л у контролі, (p <0,01), активність трипсину збільшилася майже в 3 рази $(9,02 \pm 2,6)$ мкм / мл / хв проти $(3,50 \pm 1,42)$ мкм / мл / хв в контролі, (p <0,01)). На 12 добу активність амілази і ліпази в крові щурів незначно зросла по відношенню до 6-ї доби, тоді як активність трипсину, навпаки, достовірно знизилася в 1,4 рази.

Висновок: в умовах дефіциту NO-синтази в тканині ПЗ щурів формуються морфологічні зміни, характерні для запалення з хронізацією патологічного процесу і відзначається активація функції ПЗ.

ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ПАЦІЄНТІВ З ПОДАГРОЮ

Кузьміна Г. П., Лазаренко О. М.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м. Кривий Ріг, Україна*

Мета: оцінити вплив рівня феритину, як показника накопичення заліза, у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) в поєднанні з подагрою щодо ризику розвитку спалахів подагри.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 50 пацієнтів з АГ на фоні подагри, середній вік (SD) яких становив 55 (10) років. Визначення рівня феритину крові здійснювалося за допомогою імунохімічного методу з хемілюмінесцентною детекцією (ECLIA). Аналізатор і тест-система: Cobas 6000; Roche Diagnostics (Швейцарія). Статистичний аналіз проводився за допомогою пакета прикладних програм «Microsoft Excel 2010», програми аналізу даних AtteStat 12.0.5 та Statistica 6.1 (StatSoft Inc.).

Результати: тривалість АГ у пацієнтів з подагрою становила 4,5 (1; 10) роки. Середній рівень систолічного артеріального тиску (АТ) склав 140 (140; 150) мм рт. ст., діастолічного АТ – 90 (80; 90) мм рт. ст. У пацієнтів з АГ тривалість подагри в середньому становила 4 (2; 8) роки, вік дебюту хвороби припадав на 50 (9,3) років, кількість загострень подагри на рік – 7,3 (4,5), загальна кількість уражених суглобів – 5 (2; 10). Найчастіше спостерігалось ураження I плесно-фалангового, гомілковостопного та ліктьового суглобів. Середній показник рівня сечової кислоти крові становив 440 (132) мкмоль/л, феритину 237 (237; 337) нг/мл, С-реактивного протеїну 11,22 (3,4; 12,7) мг/л. Був виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем сечової кислоти і феритину у даної категорії пацієнтів ($r=0,30$; $p<0,05$), крім того середній рівень феритину в період загострення виявився вдвічі вищим, ніж у міжприступному періоді подагри. Фактором загострення подагри може виступати надмірне накопичення заліза, яке виявляється у тофусах та синовіальній мембрані суглобів при подагрі (Facchini F.S. et al., 2003). Зростання рівня феритину при подагрі можна пояснити розвитком хронічного запального процесу, але в недавньому закордонному дослідженні було зроблено акцент на тому, що даний показник не залежить від рівня С-реактивного білка, тому не може бути пов'язаний лише із запаленням (Fatima T. et al., 2018). Слід розглянути можливість безпосередньої ролі феритину та його асоціації із рівнем сечової кислоти як учасників порушення обміну заліза при подагрі.

Висновок: асоціація між концентрацією феритину і сироватковим рівнем сечової кислоти при подагрі свідчить про те, що залізо може відігравати важливу роль у патогенезі захворювання. Зростання рівня феритину у міжприступному періоді подагри свідчить про ризик розвитку загострення подагричного артрити.

ВИЗНАННЯ ТРУДІВ АКАДЕМІКА Л. Т. МАЛОЇ

Кулешова О. М., Грідасова Л. М., Федотова Т. А.

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

Наукова спадщина будь-якого видатного вченого є взірцем служіння науці. Академік Любов Мала безумовно належить до таких вчених. При всій своїй завантаженості науково-педагогічною та викладацькою роботою вона вважала за необхідне викласти накопичені результати практичної та наукової діяльності у монографії. Мала Л. Т. автор та співавтор 32 монографій, чимало з яких були відзначені як видатними вченими, так й мали офіційне визнання у вигляді присудження премій та дипломів.

Вже перша монографія майбутнього академіка “Рак легкого” (1965) отримала високу оцінку таких видатних вчених, як Тарєєв Є. М., М’ясніков О. Л., Углов Ф. Г., Савіцький О. І., Чеботарьов Д. Ф. У 1969 році вийшла у світ книга “Диагностика и лечение болезней сердца и сосудов, обусловленных туберкулезом”, заснована на дисертаційній роботі. Вона була удостоєна Диплому 1-го ступеня Міністерства охорони здоров’я СРСР. За словами академіка В. Х. Василенко «...проблема це нова і не ким раніше не розроблялася». 1978 рік ознаменувався виходом у світ монографії “Ишемическая болезнь сердца у молодых”. Це було перше в СРСР дослідження, присвячене питанням захворювань серця, та викликало багато позитивних відгуків, в тому числі всесвітньовідомого терапевта академіка АМН СРСР Є. М. Тарєєва. Узагальнюючи накопичений досвід роботи проблемної кардіологічної лабораторії та першого спеціалізованого відділення для хворих на інфаркт міокарда, в 1981 р. опубліковано монографію “Инфаркт миокарда”, яка Президією АМН СРСР була відзначена премією імені академіка М. Д. Стражеска (1983), а праця “Хроническая недостаточность кровообращения” – удостоєна Академічної премії з клінічної медицини АМН України (1994). Дипломом «Лучшая работа ХГМУ» у 1998 р. на Виставці-ярмарку педагогічних ідей був нагороджений учбовий посібник в 2-х томах «Клінічна фармакологія». Премією імені академіка М. Д. Стражеска була відмічена монографія «Сердечные гликозиды» (1998).

Під час аналізу даних науково-метричної бази Google Scholar з’ясувалося, що монографія “Эндотелиальная дисфункция при патологии сердечно-сосудистой системы” (2000) (до речі, перша в Україні на цю тему) цитується 320 раз. Це свідчить про те, що дана робота і сьогодні залишається актуальною.

Нами представлені тільки найбільш значущі роботи академіка Л. Т. Малої, які отримали вище визнання наукової громадськості та поклали початок новим напрямкам в медичній науці. Минуло багато років з дня смерті видатного вченого, лікаря, педагога, а її книги для багатьох лікарів залишаються настільними.

**ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ А
ТА ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА ВЕФР-А(RS 2010963) У ХВОРИХ
НА ІНФАРКТ МІОКАРДА В ГОСТРИЙ ТА ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОДИ**

**Куця І. М., Копиця М. П., Родіонова Ю. В., Титаренко Н. В.,
Гільова Я. В., Вишневська І. Р., Кобець А. В., Бабічев Д. П.**

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

Васкулоендотеліальний фактор росту-А (ВЕФР-А) при гострому інфаркті міокарда сприяє виживанню ендотеліальних клітин, прискорює розвиток колатерального кровопостачання ішемізованого міокарда, впливає на зменшення розміру зони некротичного ураження.

Метою стало вивчення асоціації поліморфних варіантів гена ВЕФР-А (rs 2010963) з динамікою структурно-функціональних параметрів міокарда ЛШ у хворих на гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST(ГІМпST) протягом 6-місячного періоду.

Матеріали та методи: обстежено 91 пацієнта з гострим інфарктом міокарда з підйомом сегменту ST, 70 (76,9%) із них чоловіків та 21 (23,1%) жінок, середній вік (59,21±8,92) років. Ультразвукове дослідження серця виконували на апараті Medison Sono Ace X6 (Корея) на 3-5 день захворювання. Рівень ВЕФР-А визначали імуноферментним методом з використанням набору реактивів IBL INTERNATIONAL GMBH (Німеччина) на 7 день хвороби. Дослідження алельного поліморфізму гена ВЕФР-А (rs 2010963) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в реальному часі з використанням наборів реактивів виробництва "СИНТОЛ".

Результати: при оцінюванні показників рівня ВЕФР-А були визначені достовірно більш високі концентрації цього цитокіну в гострий період захворювання у носіїв генотипу GG 194,10 [115,02-398,86] пг/мл в порівнянні з власниками GC генотипу 148,44 [68,84-221,28] пг/мл, (p=0,047). Через 6 місяців відзначається достовірне збільшення ВЕФР-А в групі GC поліморфного варіанту G634C гена з 148,44 [68,84-221,28] пг/мл до 444,18 [236,42-685,58] пг/мл (p=0,003). Порівнюючи ехокардіографічні показники в гострий період хвороби в групі GC-генотипу спостерігались достовірні розбіжності по КДО ЛШ (P=0,049), КСО ЛШ (P=0,045) та масі міокарда ЛШ (P=0,04). Через 6 місяців після події достовірних відмінностей в розмірах порожнини ЛШ в групах не виявлено. Встановлено зменшення маси міокарда ЛШ через 6 місяців з 249,97±87,68 г до 213,96±53,03 г (p=0,039) у носіїв GC-генотипу. В групі GG генотипу цей показник хоча і не достовірно, але збільшився (з 214,27±75,43 до 262,35±77,92, p=0,737), що призвело до достовірних міжгрупових змін (p=0,011) на користь хворих з GC генотипом.

Висновки: встановлено, що носійство генотипу GC у хворих на ГІМпST асоціюється з більш вираженими змінами геометрії лівого шлуночка в гострий період. Генотип GC асоціюється зі зменшенням маси міокарда ЛШ через 6 місяців спостереження.

**ГЕНЕТИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ
ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ
МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

**Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А., Нікіфорова Я. В.,
Курінна О. Г., Пєтєньова Л. Л.**

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

За останні 10-15 років була отримана велика кількість даних про роль генетичних чинників в патогенезі неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Мета: виявлення можливого асоціативного зв'язку поліморфізмів Pro12Ala гена PPARG2 (rs1801282) та Trp64Arg гена ADRB3 (rs4994) зі ступенем жирової інфільтрації печінки та метаболічними порушеннями у хворих НАЖХП.

Матеріали та методи. В дослідження включено 78 хворих на НАЖХП та у 30 осіб групи контролю. Визначення поліморфізмів PPARG2 та ADRB3 проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в режимі реального часу.

Результати. Міжгруповий аналіз параметрів вуглеводного обміну продемонстрував, що у хворих на НАЖХП в залежності від поліморфізму гена PPARG2 (rs1801282) спостерігалась тенденція до підвищення глікемії натще, інсуліну та індексу НОМА без вірогідної різниці між показниками глікемії та індексу НОМА між групами хворих із генотипами Pro12Pro та Pro12Ala. Носії генотипу Pro12Ala (гетерозиготи) мали вірогідно вищі показники інсуліну у порівнянні із показниками групи хворих із генотипом Pro12Pro ($p < 0,05$). Вплив поліморфного маркеру Trp64Arg гена ADRB3 на показники вуглеводного обміну виявлений не був, в той час як у гетерозигот Trp64Arg (TC) виявлено вірогідно вищі показники ЛПНЩ у порівнянні з носіями генотипу Trp64Trp (TT). В групі хворих-носіїв генотипу Pro12Pro гену PPARG2 переважав відсоток хворих зі стеатозом 1-го та 2-го ступенів (35,82% та 52,24%, відповідно), тоді як серед носіїв генотипу Pro12Ala – із стеатозом 2 та 3 ступеню (54,55% та 27,27%, відповідно) ($p < 0,05$). Більшість гомозигот за мажорним алелем (носії генотипу Trp64Trp) мали стеатоз 3-го ступеню (50,00%) ($p < 0,05$). Гетерозиготи (носії генотипу Trp64Arg) мали переважно стеатоз 1-го та 2-го ступенів (35,71% та 58,93%, відповідно) ($p > 0,05$). Носії генотипу Arg64Arg мають високу частоту зустрічальності стеатозу 1 ступеню на відміну від носіїв генотипу Trp64Trp, серед яких 50,00% хворих мають стеатоз 3 ступеню.

Висновки: поліморфізми Pro12Ala гена PPARG2 (rs1801282) та Trp64Arg гена ADRB3 (rs4994) асоціюються з метаболічними порушеннями, що визнані факторами ризику розвитку та прогресування НАЖХП.

АНГІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ КОРОНАРНИХ, ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ТА РЕНАЛЬНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кушнір Ю. С., *Перепелиця В. А., Перепелиця К. Д.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

*КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова», м. Дніпро

Мета – оцінити ангіографічні зміни коронарних, церебральних та ренальних судин у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 49 історій хвороб пацієнтів з ІХС, яким було проведено коронароангіографію (КАГ), церебральну ангіографію (ЦАГ) та ангіографію ниркових артерій. Серед них 71% (35 чол.) – чоловіки і 29% (14 чол.) – жінки. Усім хворим було проведено загально-клінічне обстеження. 39% пацієнтів було проведено транскраніальну доплерографію магістральних артерій голови та шиї. Церебральна ангіографія, коронарна ангіографія були виконані 100% пацієнтів, ангіографія ниркових артерій – 46,9% пацієнтів.

Результати дослідження. При вивченні анамнезу встановлено, що гострий інфаркт міокарду перенесли 24%, при цьому всі чоловічої статі. Транзиторні ішемічні атаки мали в анамнезі 10% пацієнтів. Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом було встановлено у 63% хворих (7 жінок, 24 чоловіків).

При вивченні результатів транскраніальної доплерографії магістральних артерій голови та шиї встановлено, що стенози >75 % були наявні у 31,5% хворих (з них переважна більшість – чоловіки (95%)). У 15,8% хворих, в яких при доплерографії було виявлено стенози, ці дані не підтвердилися при проведенні ЦАГ.

При ЦАГ стенози виявлено у 90% пацієнтів (44 особи, з них 33 чоловіків та 11 жінок), стенози >75% - у 51% пацієнтів (25 осіб, з них 19 чоловіків та 6 жінок). При КАГ стенози виявлено у 53% (26 пацієнтів, з них чол. - 17, жін. - 9), стенози > 75% - у 31% пацієнтів (15 осіб, з них чол. - 11, жін. - 4). За даними ангіографії ниркових артерій, стенози виявлено у 34,7% з наявних даних, стенози >75% виявлено у 2%. Усі пацієнти (100%), у яких виявлено стеноз коронарних артерій, мають стеноз церебральних та ниркових артерій. У 34,7% пацієнтів, які мали стеноз церебральних артерій, не мають атеросклеротичних змін у коронарних артеріях.

Висновок. Наявність ішемічної хвороби серця асоціюється з високим рівнем коморбідної патології та наявністю стенозів як коронарних, так й церебральних судин. Встановлено деякі гендерні особливості наявності стенозу церебральних та коронарних артерій. Подальше вивчення стану судин в комплексі може мати практичне значення для діагностики та вибору подальшої тактики лікування хворих на ішемічну хворобу серця.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА

Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Бочаров Г. І., Ярош В. М.

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

Мета: вивчити особливості клінічної картини гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) у хворих із передраковими станами шлунка.

Матеріали і методи: Обстежено 79 хворих, які розділені на групи: 1 група – атрофічні зміни слизової оболонки (СО) шлунка – 13 осіб; 2 група – кишкова метаплазія (КМ) в антральному відділі шлунка – 20 пацієнтів; 3 група – дифузна КМ – 33 хворих, 4 група – хворі із дисплазією СО шлунка – 13 осіб. Клінічну картину вивчали за базовими характеристиками скарг хворих, характерних для ГЕР (усього 9 питань). Інтенсивність симптомів вимірювали за шкалою Лайкерта.

Результати: у переважної більшості хворих усіх груп мали місце клінічні прояви ГЕР. Інтенсивність їх між групами достовірної різниці не мала. Оскільки аналіз симптомів ГЕР включав у себе 9 питань, ми проаналізували відповіді пацієнтів залежно від загальної кількості позитивних відповідей щодо цього симптомокомплексу. Кількість хворих, які дали позитивну відповідь на 6 та більше питань, була максимальною у 3-й групі – 45,4%, що у 2,9 раза більше порівняно із 1-ю групою ($p < 0,05$). Виявлено мінімальну частоту скарги на кислоту у роті у 1-й групі – 16,7%, та максимальну у 3-й – 45,4% ($p < 0,05$), застрягання їжі у стравоході із максимальною частотою у хворих 4-ї групи (38,5%) і мінімальною у 1-й – 12,1% ($p < 0,05$), та відриг повітрям, що був характерним для усіх груп із мінімальною частотою у пацієнтів 2-ї групи (63,2%) проти 1-ї групи (92,3%), 3-ї (87,9%), 4-ї (83,3%), ($p < 0,05$), відповідно. Не зважаючи на низьку частоту скарги на кислоту у роті у 1-й групі, інтенсивність цього симптому була максимальною – 3,0 бали, що у 1,4 рази вище, порівняно із 2-ю групою ($p < 0,05$). Достовірно вищою за інтенсивністю була скарга на охриплість голосу у цій групі обстежених порівняно із 2-ю групою – 2,5 та 1,9 бали відповідно ($p < 0,05$). Тоді як скарга на гіркоту у роті була мінімальною у 2-й групі – 1,5 бали, а максимальною у 4-й групі – 2,6 бали, що достовірно вище, порівняно із пацієнтами 2-ї ($p < 0,01$).

Висновок: у хворих із дифузною КМ спостерігається максимальна кількість проявів ГЕР, порівняно з іншими групами, із максимальною частотою скарги на кислоту у роті. При мінімальній частоті скарги на кислоту у роті у хворих із атрофією СО шлунка, у них максимальна інтенсивність цієї скарги та, відповідно, охриплості голосу, а для пацієнтів із дисплазією СО характерною є максимальна інтенсивність скарги на гіркоту у роті. У цілому такі дані свідчать про необхідність морфологічної верифікації структурних змін СО шлунка у хворих із проявами ГЕР.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К β-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лавренко А. В., Авраменко Я. Н., Савченко Л. В., Кайдашев И. П.

*Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава,
Украина*

Цель: определить распространенность гиперчувствительности к β-лактамам среди населения путем проведения аллергологического обследования для повышения безопасности антибиотикотерапии и улучшения фармакоэкономического профиля лечения.

Материалы и методы: Для решения поставленной цели в исследование были включены 200 пациентов, средним возрастом 56,2 ± 3,6 лет. Распространенность гиперчувствительности к β-лактамам изучали путем проведения прик-теста и внутрикожной пробы. Обследование проводилось на базе городской клинической больницы №1 г. Полтавы в период с 2016 по 2017 гг. Для проведения прик-тестов использовали растворы со следующими концентрациями: бензилпенициллин натриевая соль 0,5 мг / мл, цефтриаксон 5 мг / мл, амоксициллин клавулонат 20 мг / мл, контроль – гистамин и вода. Внутрикожные пробы проводили после получения отрицательного результата прик-теста, используя бензилпенициллоил поли-L-лизин (ППЛ), смесь малых детерминант пенициллина (СМД), клавулановой кислоты («DIATER», Испания).

Результаты. После проведения проб и сбора анамнеза, выяснено, что из 200 больных положительный прик-тест был у 21 пациента, из которых у 12 был отягощен аллергологический анамнез. Среди пациентов с неотягощенным аллергологическим анамнезом положительная реакция была отмечена у 2 пациентов на прик-тест (гистамин, воду, бензилпенициллин натриевую соль, цефтриаксон, амоксициллин клавулонат), и у 7 пациентов на внутрикожные пробы (из которых на амоксициллин клавулонат у 1 пациента; на бензилпенициллин натриевую соль и цефтриаксон у 2 пациентов; на бензилпенициллин натриевую соль у 1 пациента; на бензилпенициллин натриевую соль, цефтриаксон и амоксициллин клавулонат у 3 пациентов). Среди 12 пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом, только у 1 пациента отмечалась положительная проба на бензилпенициллин натриевую соль, цефтриаксон и амоксициллин клавулонат; у 2 пациентов на цефтриаксон и у 1 пациента на бензилпенициллин натриевую соль и цефтриаксон.

Выводы: на сегодняшний день применение β-лактамов является безопасным, так как имеет мало побочных эффектов, широкий спектр действия и низкую цену на курс лечения.

ВЛИЯЕТ ЛИ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИстую СМЕРТНОСТЬ?

Лазиди Е. Л., Рудык Ю. С.

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

Цель исследования: установить связь уровня артериального давления (АД) и функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СФВЛЖ) на сердечно-сосудистую смертность.

Материалы и методы: проанализировано 308 историй болезни с 2010-2015гг., пациентов с ХСН и СФВЛЖ II-IV ФК по NYHA. Статистический анализ проводили при помощи программ Statistica for Windows версии 7.0 (Stat Soft inc., США) и SPSS 17.0.

Результаты: р-достоверность разницы показателей

Показатели	AP, %	OR	Cumulative odds ratio
САД, мм.рт.ст	χ ² Мантеля-Хенцеля – 71,037 (p<0,001)		
Низкое	82,7	1,0	5,813 [2,768-12,208] p<0,05
Нормальное	27,3	0,078	
Степень 1	5,1	0,011	
Степень 2	5,0	0,011	
Степень 3	28,0	0,081	
ДАД, мм.рт.ст	χ ² Мантеля-Хенцеля – 7,459 (p=0,006)		
Низкое	76,2	1,0	1,860 [1,031-3,357] p<0,05
Нормальное	28,8	0,152	
Степень 1	17,9	0,082	
Степень 2	38,9	0,239	
Степень 3	50,0	0,375	
ФК	χ ² Мантеля-Хенцеля – 68,194 (p<0,001)		
ФК I	5,9	1,0	8,96 [4,676-17,166] p<0,05
ФК II	7,4	1,28	
ФК III	27,8	4,44	
ФК IV	81,6	71,1	

При декомпенсации ХСН у пациентов верифицируется сниженное САД (менее 90 мм рт. ст.) с абсолютным риском 82,7%, и ДАД менее 60 мм рт.ст. ХСН высоких ФК (III и IV) достоверно коррелирует с общей и сердечно-сосудистой смертностью, абсолютный риск при переходе от ФК II к ФК IV возрастает от 5,9% до 81,6%.

Выводы: установлено, что риск сердечно-сосудистой смертности увеличивается при САД меньше 90 мм рт. ст. и ДАД меньше 60 мм рт. ст. Более высокий ФК по NYHA сопряжен с большим риском смертности.

СОСТОЯНИЕ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХИБС С АРИТМИЯМИ

Латогуз С. И.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Введение. Нарушения ритма сердечной деятельности являются одной из актуальных проблем современной кардиологии, имеющей чрезвычайно большое как теоретическое, так и практическое значение.

Целью работы было исследование состояния симпатoadреналовой системы при хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) с аритмиями.

Материалы и методы исследования: исследование состояния симпатoadреналовой системы проведено по суточной экскреции свободных фракций адреналина и норадреналина с мочой. Контрольные группы составили здоровые лица и 49 больных ХИБС без аритмий. В группе контрольных лиц экскреция адреналина с мочой равнялась $46,0 \pm 2,0$ нмоль/24ч., норадреналина $138,2 \pm 5,6$ нмоль/24ч.

Результаты исследования во время нарушений ритма сердца сравнивались также с данными после их купирования.

Результаты исследования и их обсуждение: наиболее высокие показатели экскреции катехоламинов наблюдались при пароксизмальной форме мерцательной аритмии, параксизмальной наджелудочковой тахикардии, желудочковой экстрасистолии.

При восстановлении синусового ритма или уменьшении степени выраженности аритмий под влиянием лечения наблюдается снижение экскреции адреналина с мочой до $58,1 \pm 3,6$ ($p < 0,05$) и норадреналина до $161,4 \pm 3,0$ нмоль/24ч. ($p < 0,05$).

Выводы:

1. При осложнении ХИБС расстройствами ритма сердца наблюдается активация симпато-адреналовой системы.
2. Отмечается определенная взаимосвязь между уровнем экскреции катехоламинов с мочой и характером и выраженностью нарушений ритма сердца.
3. Выраженные нарушения ритма сердца (пароксизмальная мерцательная аритмия, наджелудочковая тахикардия, желудочковая экстрасистолия) возникают при значительной активации гормонального и медиаторного звеньев симпатoadреналовой системы, что можно рассматривать как неблагоприятный прогностический признак при ХИБС.
4. При стабилизации ритма под влиянием лечения происходит постепенная нормализация экскреции катехоламинов с мочой.

МЕТАБОЛИЗМ ЭЛЕКТРОЛИТОВ И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ НА ФОНЕ ХИБС

Латогуз С. И.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Введение: в патогенезе нарушений ритма сердца важная роль принадлежит метаболизму электролитов, прежде всего калия и натрия, и изменениям кислотно-щелочного состояния.

Целью работы было исследование метаболизма электролитов и кислотно-щелочного состояния у больных с аритмиями на фоне хронической ишемической болезни сердца (ХИБС).

Материалы и методы исследования: содержание калия и натрия в плазме и эритроцитах и их соотношение было изучено у 98 больных ХИБС с различными нарушениями ритма сердца. У 103 больных ХИБС с нарушениями ритма сердца было исследовано кислотно-щелочное состояние (КЩС) в периферической венозной крови.

Результаты исследования и их обсуждение: под влиянием лечения достоверно повышается калий в эритроцитах в общей группе больных с аритмиями, при мерцательной аритмии. Таким образом, при нарушениях ритма сердца у больных ХИБС происходят однотипные изменения в обмене электролитов: увеличение концентрации калия в плазме, натрия в эритроцитах, снижение содержания внутриклеточного калия, повышение соотношений $K_{пл}/K_{эр}$, $Na_{эр}/K_{эр}$. При анализе показателей КЩС обнаружено, что при осложнении ХИБС аритмиями уровень рН не отличался от нормы и от рН у больных с относительно благоприятным течением. Парциальное давление $CO_2(pCO_2)$ дальше не претерпевало существенных изменений. Оно было выше при мерцательной аритмии ($58,3 \pm 15,0$ мм.рт.ст.) и желудочковой экстрасистолии ($48,5 \pm 2,9$ мм.рт.ст.), однако это повышение не имело статистической достоверности и может свидетельствовать лишь о тенденции к дыхательному ацидозу. При всех формах нарушений ритма сердца отмечено уменьшение парциального давления $O_2(pO_2)$. Особенно выраженная артериальная гипоксемия наблюдается при мерцании ($23,9 \pm 4,1$ мм.рт.ст.) и трепетании ($41,9 \pm 2,3$ мм.рт.ст.) предсердий. Проведение эффективной противоритмической терапии сопровождалось тенденцией к постепенной нормализации pCO_2, BE, pO_2 .

Выводы: полученные нами данные являются еще одним доказательством распространенного в литературе мнения о том, что метаболический ацидоз, развиваясь вследствие гипоксемии из-за быстрого и значительного падения сердечного выброса, является прогностически неблагоприятным, может быть причиной аритмий и нуждается в целенаправленной фармакологической коррекции.

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ГІПОМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Левенець С. О., Верхошанова О. Г.

*ДУ “Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України”,
м. Харків, Україна*

Мета: оцінити вплив екстрагенітальної патології на стан менструальної функції у дівчат-підлітків.

Матеріали і методи: обстежено 299 дівчинки 13-17 років із гіпоменструальним синдромом (ГМС) та 107 їх одноліток із регулярним менструальним циклом (група контролю, ГК). Проведено клініко-антропометричний, біохімічні, імуноферментні, статистичні методи.

Результати: на базі відділення дитячої гінекології проведено комплексне обстеження дівчаток. При обстеженні спеціалістами різних профілів супутньої екстрагенітальної патології не виявлено лише в 6,8 % обстежених дівчаток. Найбільш часто (70,1 %) діагностувались захворювання центральної нервової системи (ЦНС) (вегетативно-судинна дистонія, наслідки закритих черепно-мозкових травм та ін.). Друге місце займав нетоксичний зоб І-ІІ ст., але слід підкреслили, що еутиреодний зоб ІІ ст. у хворих із відповідним віку об'ємом матки діагностувався у 3,7 рази частіше, ніж при гіпоплазії матки (19,0 % та 5,3 % відповідно; $P < 0,01$). Третє місце серед супутньої екстрагенітальної патології належить хворобам шлунково-кишкової системи – 50,5 % (найчастіше функціональні розлади біліарного тракту), практично з однаковою частотою діагностувались захворювання ЛОР-органів (34,8 %) та системна дисплазія сполучної тканини, в тому числі вторинна кардіопатія (35,5 %). В середньому кожна дівчина із ГМС мала 2-3 екстрагенітальних захворювання. Виявлена частота вказаних станів значно перевищує їх поширеність серед дівчат-підлітків України. При обстеженні дівчат із ГМС, що виник на тлі надлишкової маси тіла або ожиріння нами встановлено, що незважаючи на додаткове джерело естрогенів (жирова тканина), підвищення естрадіолу в крові в дівчат із ожирінням спостерігається тільки в перші 2 роки від початку менструацій. Надалі, через 3-4 роки після менархе, більш ніж у половини з них вже виникає гіпоестрогенемія в поєднанні з гіперандрогенемією. З'являються перші помірні, а надалі, при відсутності адекватної корекції гормонально-метаболічних змін, і виражені прояви гірсутизму. В цей період у дівчат з ожирінням починає формуватися вторинний полікістоз яєчників.

Висновок: результати наших досліджень підтверджують положення про те, що стан менструальної функції у дівчат-підлітків тісно пов'язаний із наявністю екстрагенітальних захворювань і вказують на необхідність поглибленого комплексного обстеження пацієнток із ГМС, а дівчата-підлітки із важкою соматичною і нервово-психічною патологією потребують консультацій гінеколога.

ІНТЕГРАЛЬНІ ЛЕЙКОЦИТАРНІ ПОКАЗНИКИ У МОЛОДИХ І СТАРИХ ЩУРІВ

Ломако В. В., *Піроженко Л. М., Ломако С. В.

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

**КНП «Люботинська міська лікарня», ЛМРХО,
м. Люботин, Харківська область, Україна*

Мета: оцінити за допомогою розрахунку інтегральних лейкоцитарних індексів (ІЛІ) стан певних ланок імунної системи у молодих і старих щурів.

Матеріали і методи: експерименти проведено на білих безпородних щурах 6- та 18-ти місячного віку відповідно до вимог Комітету з біоетики Інституту проблем кріобіології і кріомедицини НАН України. Кількісно-якісну оцінку типів лейкоцитів здійснювали у мазках крові, оброблених фіксатором Май-Грюнвальда і забарвлених гематологічним барвником (за Романовським). Потім розраховували ІЛІ. Статистичну обробку результатів проводили за методом непараметричної статистики Крускала-Уолліса з використанням програмного забезпечення Statistica 6.0.

Результати: на базі певних співвідношень відсотку різних типів лейкоцитів розраховано ІЛІ, за допомогою яких можна без додаткових спеціальних досліджень визначати стан певних ланок імунітету та ступінь неспецифічної резистентності організму. Аналіз отриманих результатів показав, що у старих щурів порівняно з молодими значущо змінювалися тільки п'ять із одинадцяти вивчених ІЛІ. Так, індекс, що відображає співвідношення афекторної та ефекторної ланок імунітету, індекс, що визначає співвідношення клітин неспецифічного і специфічного захисту, індекс ядерного зсуву, що визначає співвідношення молодих і зрілих форм нейтрофілів, та індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ) підвищувалися. Індекс, що відображає співвідношення процесів гіперчутливості негайного і уповільненого типів, навпаки, зменшувався. Підвищений рівень сегментоядерних нейтрофілів (регенеративний зсув лейкоцитарної формули вліво) у старих тварин спостерігається на тлі зниження кількості лімфоцитів, що відповідають за «іммунну пам'ять».

Висновок: у старих щурів на відміну від молодих протікання імунологічних процесів характеризується переважанням клітин неспецифічного захисту та афекторної ланки, активуються реакції гіперчутливості уповільненого типу; підвищення ІЗЛ свідчить про активний запальний процес і порушення імунореактивності; у крові переважають молоді форми нейтрофілів, що на тлі лімфопенії може вказувати на фізіологічні зміни, пов'язані з перенапруженням задіяних функціональних систем.

АКТИВНОСТЬ НЕТРИПСИНОПОДОБНЫХ ПРОТЕИНАЗ В СЕРДЦЕ ПРИ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ

Ломако В. В., * Самохина Л. М.

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

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

Цель: изучить активность нетрипсиноподобных протеиназ (НТПП), а также энзимов тканевого образования вазоконстрикторного пептида ангиотензина II (АП) – химазы (ЕС 3.4.21.39) и тонина (ЕС 3.4.21.35) в сердце крыс при краниocereбральной гипотермии (КЦГ).

Материалы и методы: работа проведена с соблюдением всех биоэтических норм на 6–7-месячных самцах белых беспородных крыс. КЦГ проводили на фоне наркоза с использованием установки для программного охлаждения в течение 60 ± 10 мин до достижения ректальной температуры 32°C (умеренный режим гипотермии). Наркоз – смесь тиопентала натрия и оксибутирата натрия из расчета 30 и 100 мг/кг массы соответственно. В ткани сердца определяли активность НТПП, химазы и тонина высокочувствительными энзиматическими методами.

Результаты: КЦГ способствовала активации НТПП (более чем в три раза) по сравнению с контролем. При этом резко подавлялась активность химазы (с $17,5 \pm 8,37$ до $0,04 \pm 0,01 \text{ E} \times 10^{-3}$) и тонина (с $11,13 \pm 2,02$ до $0,01 \pm 0,003 \text{ E} \times 10^{-3}$), что свидетельствует об уменьшении тканевого образования вазоконстрикторного пептида АП из АI и/или ангиотензиногена. Оптимальный диапазон рН для проявления активности химазы и тонина – 8,5. При температуре тела 37°C рН крови составляет 7,4, внутри клеток – 6,8. При гипотермии развивается ацидоз (сдвиг рН в кислую сторону), что может быть причиной наблюдаемого подавления активности химазы и тонина. Кроме тонина (калликреин 2 или гК₂), в тканях находится и гК₉, который также принимает участие в процессе образования АП. Эти энзимы имеют разные оптимумы рН – 6,2 для гК₂ и 6,85 для гК₉. Возможно, на фоне снижения активности химазы и тонина при КЦГ именно гК₉ участвует в поддержании вазодинамической функции, что способствует активации НТПП. Кроме того, у самцов в тканях находится гК₃ (простатспецифический антиген), который также может обеспечивать активацию НТПП. При рН 8,0-9,0 действуют кининогеназы, генерирующие кинины, а АП-генерирующие энзимы – при рН 4,0-6,5. При этом в реакции поддержания кровяного давления, в процессы адаптации и защиты вовлекаются тканевые калликреины – кислые гликопротеины (рН 3,5-4,5).

Вывод: в сердце крыс при КЦГ 32°C наблюдается активация НТПП и подавление активности химазы и тонина. Возможно, КЦГ способствует переключению энзимной кинин-ангиотензиновой системы на вазопрессорную функцию с участием гК₉ и гК₃.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КАНЕФРОНУ Н У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СУБКЛІНІЧНИХ ОЗНАК УРАЖЕННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ХРОНІЧНИМ ПІСЛОНЕФРИТОМ

Лучко О. Р.

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

Мета дослідження є вивчення ефективності Канефрону Н у комплексному лікуванні субклінічних ознак ураження судин у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з хронічним піелонефритом (ХПН).

Матеріал і методи дослідження: до дослідження включено 40 хворих на АГ II ступеня з ХПН, яких залежно від лікування поділено на дві групи. I групу склали 20 хворих, які отримували базову терапію – фіксовану низькодозову комбінацію периндоприлу аргінін 2 мг, індапаміду 0,625 мг, амплодипіну 5 мг та аторвастатину 10 мг; II – 20 хворих, які отримували на тлі базової терапії канефрон Н по 2 драже 3 рази на добу всередину протягом місяця. Повторний курс запропонованої схеми лікування проводили через 6 місяців.

Оцінку ефективності запропонованого лікування визначали за динамікою показників пружно-еластичних властивостей судин (швидкість поширення пульсової хвилі – ШППХ, плече-гомільковий судинний індекс – САVІ, індекс жорсткості аорти – ІЖА, товщина інтимо-медійного комплексу – ТІМК) та ендотеліальної дисфункції (ендотелін-1 – ЕТ-1, ендотелійзалежна вазодилатація – ЕЗВД і ендотелійнезалежна вазодилатація – ЕНВД).

Результати дослідження: у ході лікування відзначалося зниження ШППХ ($p < 0,001$), і САVІ ($p < 0,001$), у хворих двох груп, однак більш виражені зміни наприкінці лікування були у хворих II групи. Упродовж року ІЖА ($p < 0,001$) знижувався під впливом лікування у всіх хворих однаковою мірою, проте значиме зменшення ТІМК відзначалося швидше у хворих II групи - через 6 місяців ($p < 0,01$) проти 12 місяців ($p < 0,001$) у хворих I групи.

Канефрон Н у комплексному лікуванні сприяв більш вираженому зниженню вмісту ЕТ-1 ($p < 0,001$), порівняно з базовою терапією, при цьому спостерігалось суттєве поліпшення функції ендотелію за більш динамічним збільшенням ЕЗВД ($p < 0,001$) та ЕНВД ($p < 0,001$).

Висновки:

1. Канефрон Н у комплексі з комбінованою низькодозовою антигіпертензивною терапією сприяє регресу субклінічних ознак ураження судин у хворих на коморбідну патологію

2. Тривале застосування Канефрону Н у хворих на АГ з ХПН доцільне, безпечне і достатньо ефективне.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ З ЧАСТОТНИМИ МОДУЛЯЦІЯМИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Мажак К. Д., Ткач О. А., Писаренко Є. І., Щурко Г. В.

Національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів, Україна

Метою роботи було оцінити вплив гелій-неонового внутрішньосудинного лазерного опромінення крові (ВЛОК) з частотними модуляціями (ЧМ) на біохімічні параметри крові і ефективність хіміотерапії (ХТ) хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТ) легень.

Екстракорпоральну лазеротерапію He-Ne лазером з ЧМ 100 кГц проведено у 46 хворих на ХРТ з вираженими явищами ендотоксикозу (основна група) в інтенсивній фазі ХТ. Референтну групу склали 36 хворих на ХРТ, які отримували лише режими ХТ. За клініко-рентгенологічними та статеві-віковими особливостями хворі в групах були порівнювальними. Ефективність методу оцінювали на основі регресії клініко-рентгенологічних проявів туберкульозу, динаміки середньомолекулярних пептидів (СМП), активності аденозиндезамінази (АДА), інтенсивності прооксидантно-антиоксидантних процесів, балансу системи «протеїнази-інгібітори», реакції білків гострої фази запалення.

Різноплановість впливу ВЛОК з ЧМ викликає генералізовану відповідь організму, яка проявляється зміною активності ферментів-ініціаторів ПОЛ і механізмів захисту, забезпечує підвищення структурної стійкості клітин, сприяє кращому збалансуванню прооксидантно-антиоксидантних процесів, зниженню рівня СМП на 48% в порівнянні з референтною групою. Серед хворих основної групи достовірно знизилась кількість осіб з вираженим дисбалансом в системі «протеїнази-інгібітори протеїназ». Активність АДА у хворих основної групи після лікування зменшилась на 18,5% більше, ніж у хворих референтної групи, вміст гаптоглобіну, трансферину знизився на 22,0%, 18,0% відповідно. Застосування розробленого способу лікування дозволяє у 92,0% хворих гостропрогресуючими формами ХРТ протягом 4-6 тижнів зменшити інтоксикацію, посилити антиоксидантний потенціал організму, прискорити інволюцію процесу з формуванням відмежованих деструкцій на кінець стаціонарного етапу лікування, підвищити частоту припинення бактеріовиділення при обмежених процесах на 9,7%, при поширених -7,6%; досягти закриття порожнин розпаду в легеневій тканині у 67,8% та 52,1% хворих відповідно, що суттєво перевершує результати лікування лише режимами хіміотерапії.

Полівалентний патогенетичний вплив ВЛОК He-Ne лазером з ЧМ 100 кГц здатний одночасно потенціювати ефекти ХТ, антиоксидантного захисту, мати резорбуючий вплив на сформовані фіброзні структури і запобігати їх розвитку в легеневій тканині та попереджати розвиток побічних реакцій на антимікобактеріальні препарати.

ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ

Майорова М. В., Андрусенко Д. О., Кірлан В. С.

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

Введення: при поєднаному перебігу серцево-судинної та ендокринної патології значно зростає ризик розвитку гострих серцево-судинних подій. Спільність ряду патогенетичних ланок призводить до метаболічних порушень, що, перш за все, проявляються у вигляді діастолічної дисфункції, яка порушує геодинамічні процеси в лівому передсерді, що призводить до змін в його архітектоніці.

Метою нашого дослідження стало визначення особливостей ремоделювання лівого пердсердя в умовах діастолічної дисфункції лівого шлуночка серця у пацієнтів з ішемічною хворобою серця за наявності цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи: нами було досліджено 54 пацієнтів з ішемічною хворобою серця. 33 з них мали діагностовану ішемічну хворобу серця в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу, 21 - ізольовану ішемічну хворобу серця. Контрольна група була представлена 15 практично здоровими особами. Всім пацієнтам було проведено ехокардіографічне дослідження серця, під час якого було визначено розміри лівого пердсердя. Також у всіх учасників дослідження було виконано вимірювання кількості загального холестерину та його фракцій, глюкози сироватки крові натще та глікозильованого гемоглобіну.

Результати: пацієнти з поєднаним перебігом ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу продемонстрували достовірно більш високі показники розмірів лівого передсердя ($4,71 \pm 0,06$ см) ($p < 0,05$), ніж пацієнти з ішемічною хворобою серця без супутнього цукрового діабету 2 типу ($4,13 \pm 0,05$ см) ($p < 0,05$).

Висновки: ці дані можуть продемонструвати більшу вираженість ремоделювання лівого передсердя в умовах приєднання цукрового діабету 2 типу у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Крім того, збільшення розмірів лівого передсердя достовірно корелювало з індикаторами вуглеводного та ліпідного обмінів. Це може говорити про більш виражену міокардіальну ригідність у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та супутнім цукровим діабетом 2 типу у порівнянні з пацієнтами з ізольованою ішемічною хворобою серця.

ВПЛИВ ТАНАКАНУ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУ ГЕМОДИНАМІКУ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Малик Н. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Хронічні порушення мозкового кровообігу займають ведуче місце серед різних форм цереброваскулярної патології.

Мета: вивчити вплив танакану на перебіг дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ).

Матеріали і методи: обстежено 16 хворих у віці 58 - 70 років з ДЕ атеросклеротичного генезу. Досліджували до і після лікування стан церебральної гемодинаміки методом реоенцефалографії (РЕГ), рівень перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та активності антиоксидантної системи крові (АОС) за величиною каталази, супероксиддисмутази. Контрольна група (КГ) - 7 хворих - отримували традиційну терапію (ноотропи, вазоактивні препарати, вітаміни). Основна група (ОГ) - 9 хворих - разом з традиційною терапією отримували танакан 40 мг – по 1 т тричі на день протягом 30 днів.

Результати: ведучою скаргою пацієнтів був головний біль (48%), запоморочення (42%), шум в голові (33,2%), зорові порушення (11%), зниження пам'яті (47%), порушення сну (33%), пастозність обличчя (39%).

На реографічній кривій відзначалася незначна заокругленість вершини у 49% хворих, поява плато у 25%. У 60% хворих амплітуда була зниженою, не змінювалась у 25% і була підвищеною у 15% хворих, що свідчить про зменшене пульсове кровонаповнення. Спостерігалось збільшення діастолічного та дикротичного індексів ($p < 0,05$) – утруднений венозний відтік крові в вени та високий їх тонус. У 2,5 рази зростала інтенсивність вільнорадикального окислення ліпідів ($p < 0,05$) в порівнянні зі здоровими. Активність каталази і супероксиддисмутази відповідно знижувалась на 38% і 46% ($p < 0,05$). У порівнянні з КГ у хворих ОГ після прийому танакану поліпшилась церебральна гемодинаміка. У 70% хворих зменшились головний біль, головокружіння, 40% пацієнтів перестало скаржитись на шум в голові, а 34% - на порушення пам'яті. У 28% хворих зникла пастозність обличчя. Амплітуда РЕГ-кривої зросла у 29% хворих, дикротичний та діастолічний індекси нормалізувались у 54% пацієнтів. Щодо біохімічних показників, то рівень ПОЛ зменшився на 70% і 20% відповідно у пацієнтів ОГ і КГ. У всіх хворих ОГ рівень активності АОС зріс.

Висновки: танакан поліпшує церебральну гемодинаміку - надає виражену вазодилатуючу дію, нормалізує венозний тонус. Танакан має потужну антиоксидантну дію, яка сприяє нейтралізуванню гідроксильних та перекисних радикалів, інгібує ПОЛ, в тому числі мембрани нейронів. Тому прийом даного препарату є доцільним для попередження процесів старіння.

НОВІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГІПОТИРЕОЗУ ТА ЙОГО МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Бречка Н. М.,
Курилко Ю. С., Спиридонов А. В.

*Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології
імені В. Я. Данилевського НАМН України», м. Харків, Україна*

Відомо, що недостатність тиреоїдних гормонів спричиняє цілу низку важких ускладнень, зокрема, ураження серцево-судинної системи, розвиток атеросклеротичних явищ і порушень у системі гомеостазу, які підвищують кардіоваскулярні ризики, та ін. Тому при створенні нових засобів корекції тиреоїдної патології слід враховувати можливість відновлення не лише тиреоїдної функції, а й профілактики та лікування супутньо виникаючих патологічних станів.

Мета: визначити можливості застосування мезенхімальних стовбурових клітин для корекції експериментального гіпотиреозу та профілактики розвитку пов'язаних з гіпофункцією щитовидної залози метаболічних розладів.

Матеріали і методи: дослідження проведено на 40 статевозрілих самцях щурів з масою тіла 200 - 250 г з експериментальним гіпотиреозом. Щурам вводили алогенні кріоконсервовані клітини фетальних мезенхімально-мезодермальних тканин (культура стовбурових клітин ISED Body) одноразово внутрішньовенно (інсуліновим шприцом у хвостову вену) із розрахунку 0.5×10^6 клітин на одну тварину. Визначення вмісту тиреоїдних гормонів проведено за допомогою стандартних комерційних тест-наборів для імуноферментного аналізу виробництва фірми „Гранум” (Україна). Біохімічні дослідження проводили з використанням стандартних комерційних тест наборів реактивів фірми «Філісіті-Діагностика», м Дніпро згідно з інструкцією по використанню.

Результати: у щурів зі змодельованим гіпотиреозом знижувались рівні тиреоїдних гормонів, виявлялась лейкопенія, падіння рівня Т-лімфоцитів та імунорегуляторного індексу (ІРІ), фіксувалося збільшення атерогенних фракцій ліпідів, підвищення рівня амінотрансфераз та зниження білкового обміну. Введення культури стовбурових клітин призводило до відновлення гістоструктури ЩЗ, підвищувало рівень тиреоїдних гормонів в крові та сприяло нормалізації досліджених показників, зокрема, ліпідного профілю, підйому показника ІРІ, зниженню рівня амінотрансфераз та ін.

Висновок: мезенхімальні стовбурові клітини проявляли позитивну дію відносно відновлення функціональної активності щитовидної залози щурів з індукованим гіпотиреозом. Отримані результати вказують також на їх протективну активність відносно нівелювання метаболічних розладів, що розвиваються на тлі гіпотиреозу.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН В ТЕРАПІЇ ГІПОТИРЕОЗУ ТА СУПУТНИХ РОЗЛАДІВ АЗОТИСТОГО ОБМІНУ

Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Бречка Н. М.,
Курилко Ю. С., Спиридонов А. В.

*Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології
імені В. Я. Данилевського НАМН України», м.Харків, Україна*

Наукові дослідження останніх років свідчать про часте поєднання захворювань щитовидної залози (ЩЗ), патологій серця і печінки та їх глибокого взаємозв'язку. Реалізація ефектів тиреоїдних гормонів значною мірою залежить від функцій останньої. З іншого боку, зміни функціональної активності ЩЗ також викликають порушення з боку печінки. Зокрема, тироксин впливає на обмін азотистих речовин який значною мірою відбувається саме в печінці і серцевому м'язі.

Мета: визначити наслідки впливу гіпофункції ЩЗ на ряд показників, що характеризують азотистий обмін і опосередковано – стан печінки та серцевого м'язу щурів з експериментальним гіпотиреозом та оцінка коригуючої дії на ці показники мезенхімальних стовбурових клітин.

Матеріали і методи: дослідження проведено на 40 статевозрілих самцях щурів з експериментальним гіпотиреозом. Щурам вводили алогенні кріоконсервовані клітини фетальних мезенхімально-мезодермальних тканин (культура стовбурових клітин ISED Body) одноразово внутрішньовенно із розрахунку $0,5 \times 10^6$ клітин на одну тварину. Біохімічні дослідження проводили з використанням стандартних комерційних тест наборів реактивів фірми «Філісіті-Діагностика», м Дніпро згідно з інструкцією по використанню.

Результати: гіпотиреоїдний стан у щурів призводив до вірогідного падіння рівня загального білка і сечовини а також до значущого зростання аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ) в сироватці крові. Тобто, на фоні індукованого гіпотиреозу спостерігалися функціональні розлади як з боку серцево-судинної системи, так і з боку печінки. При чому ушкодження серцевого м'язу носили більш глибокий характер, про що свідчило зростання коефіцієнта Рітиса (АсАТ/АлАТ). Під впливом культури стовбурових клітин спостерігалось зростання показників білкового обміну та зниження рівня обох трансфераз у порівнянні з контрольною групою щурів з гіпотиреозом.

Висновки: за даними показників азотистого обміну зроблено висновок про позитивний вплив стовбурових клітин на функціональний стан серцево-судинної системи та печінки. Цей ефект вірогідно міг реалізовуватися як за рахунок поступового відновлення функції ЩЗ, так і через безпосередню дію на серце та печінкову паренхіму.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ СПІВЗАЛЕЖНИХ РОДИЧІВ ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Маркова Л. М.

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

Однією з актуальних проблем сучасного суспільства є порушення процесів адаптації серед населення, наслідком чого є зріст психічних хвороб, в тому числі алкогольної залежності (АЗ), та психічних розладів невротичного регістру серед співзалежних родичів (Л.М. Маркова, Н.М. Лісна, 2010, 2017; В.В. Ярій, 2017).

Мета: дослідити психопатологічний статус співзалежних родичів (СЗР) осіб із АЗ в умовах соціального стресу в динаміці.

Методи: клініко-психопатологічний, тест AUDIT, методика визначення психопатологічної симптоматики (шкала Derogatis), аналітичний, статистичний. Обстежені СЗР (n=16) з середнім віком (42,31±3,39) років.

Результати: встановлено, що давність захворювання у осіб із АЗ становила (11,02±0,93) років; загальна кількість балів за тестом AUDIT склала (33,0±0,62) бали проти (1,56±0,55) серед СЗР (p<0,05). Протягом активного зловживання особами із АЗ алкоголем у СЗР виявлена наступна симптоматика: ознаки відсутності інтересу до життя, недостатня мотивація, втрата життєвої енергії, відчуття безнадійності, наявність думок, імпульсів та дій, які сприймалися індивідом як нездоланні й чужі; нервозність, напруга, тремор; напади паніки, відчуття насильства, страху, небезпеки; агресивність, дратівливість, гнів, обурення поведінкою особи з АЗ; вони переповнені почуттями особистісної неадекватності й неповноцінності, особливо порівняно з іншими; почуття неспокою, дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії (МОВ), загострене відчуття усвідомлення власного «Я», негативних очікувань щодо МОВ та будь-яких комунікацій з іншими людьми; проєктивні думки, ворожість, підозрілість, страх втрати незалежності, нерідко ілюзії. Після лікування осіб із АЗ у СЗР згасає симптоматика: спочатку проєктивні думки, ворожість, підозрілість, потім - думки, імпульсивність та дії, які сприймалися індивідом як нездоланні; налагоджуються стосунки з оточуючими; зникає знижений настрій, відчуття безнадійності; з'являється інтерес до життя; зникає агресивність, дратівливість, гнів та обурення поведінкою осіб із АЗ, відчуття тривоги; покращується загальний стан СЗР (p<0,05).

Висновок: скарги СЗР в період тривалої активної алкоголізації осіб із АЗ в умовах соціального стресу фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній та інших системах організму (соматогенна депресія), у зв'язку з чим потребують допомоги психіатра-нарколога.

ОСОБЛИВОСТІ ДОПОМОГИ ОСОБАМ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ (для лікарів загальномедичної практики)

Маркозова Л. М., *Слюсар В. В., *Дюкар Н. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

**Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради*

«Обласна клінічна наркологічна лікарня», м. Харків

Хвороби наркологічного профілю є соціальними, зростання яких спостерігається в усьому світі (И. А. Никифоров, 2005; Jan R. H. Rockett et al., 2006), в тому числі й в Україні (Л.М. Маркозова, І.В. Лінський, ін., 2015; Л.М. Маркозова, 2016; дані ВООЗ, 2018). На сучасному етапі розвитку нашого суспільства різко загострилася соціальна ситуація у зв'язку з військовим конфліктом на сході країни (Л.М. Маркозова, В.В. Слюсар, 2015; Л.М. Маркозова, 2018), економічним занепадом, безробіттям, перебуванням населення в умовах хронічного стресу (Л.М. Маркозова, 2018), недостатнім матеріальним становищем пересічних громадян, в тому числі й сімей осіб із алкогольною залежністю (АЗ) (Л.М. Маркозова, 2013). У зв'язку з вище зазначеним, частина осіб із АЗ змінила частоту вживання (з'явилося більше «тверезих» діб), інші перейшли на вживання неконтрольованих за якістю напоїв (сурогати). Все це викликає проблеми надання допомоги особам із АЗ (F10.2) та обумовлює особливості перебігу хвороби на сучасному етапі, а саме: знизився вік осіб із АЗ, ускладнення хвороби виникають вже у осіб молодого віку, злоякісний перебіг хвороби, вживання неякісних напоїв, невчасне звернення за допомогою в профільний заклад, що сприяє соматичній обтяженості осіб із АЗ, високому ризику розвитку синдрому відміни алкоголю з делірієм (F 10.4), розвитку когнітивних порушень у осіб із АЗ переважно вираженого та помірного ступеню (Л.М. Маркозова, 2018), що призводить до інвалідизації хворих.

Серед найчастіше виникаючих ускладнень у осіб із АЗ за 2017-2018 роки спостерігались наступні: алкогольна кардіоміопатія (I 42.6) та алкогольна хвороба печінки (K 70) – 80,0 % випадків, цукровий діабет інсулінонезалежний (E 11) (10,0 % випадків) на фоні панкреатиту (K 86) – 10,0-12,0 % випадків, у осіб із АЗ, які вживали тютюн – обструктивні хвороби легенів (G 44) – 60,0 % випадків.

За 2017-2018 роки смертність склала 0,02 %. Основними причинами смерті були гострі порушення кровообігу (I 50), алкогольна кардіоміопатія (I 42.6), набряк мозку (G 93.6) та токсична енцефалопатія (G 31.2).

Таким чином, лікарям загальної медичної практики при наданні медичної допомоги особам із АЗ пропонуємо враховувати особливості перебігу алкогольної хвороби та ступень ураження внутрішніх органів хворих, вчасно направляти осіб із АЗ на лікування до профільних закладів з метою профілактики ускладнень хвороби та інвалідизації хворих.

МАРКЕРИ АНГІОГЕНЕЗУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ

Мартовицький Д. В.

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

Мета роботи – вивчити маркери ангіогенезу: інсуліноподібний фактор росту-1 (ІФР-1) і ендостатин - у хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) за наявності або відсутності ожиріння.

Матеріали та методи дослідження: у дослідженні взяли участь 105 пацієнтів з ГІМ із супутнім ожирінням (середній вік $64,6 \pm 7,4$ року), 55 з них - з гострим ІМ з коморбідним ожирінням і 60 хворих - з гострим ІМ без ожиріння. Групи були порівнянні за статтю та віком. Контрольну групу склали 20 здорових осіб відповідного віку та статі. ГІМ діагностували згідно з Європейським товариством кардіологів (ESC). Ожиріння встановлювалося за показником індексу маси тіла: $18,5 - 24,9 \text{ кг / м}^2$ (нормальна вага) і 30 кг / м^2 (ожиріння).

Результати: у пацієнтів на ГІМ з ожирінням і без ожиріння рівні ІФР-1 були статистично достовірно вищими, ніж у осіб контрольної групи ($p < 0,05$). Рівні ІФР-1 при ГІМ з ожирінням були статистично достовірно вищими, ніж у сироватці хворих з ГІМ без ожиріння ($180,64 \pm 12,2 \text{ нг / мл}$ і $128,76 \pm 8,1 \text{ нг / мл}$, $p < 0,05$). Рівні ендостатину в групі хворих з ГІМ та ожирінням були нижчими, ніж у групі ГІМ без ожиріння ($148,26 \pm 6,04 \text{ пмоль / л}$ та $169,83 \pm 8,39 \text{ пмоль / л}$ відповідно, $p < 0,05$). Пацієнти на ГІМ з ожирінням і без ожиріння показали більш високі рівні ендостатину, ніж контрольна група ($p < 0,05$).

Висновки: пацієнти на гострий інфаркт міокарда показали підвищення рівнів інсуліноподібного фактору росту-1 і ендостатину порівняно з контрольною групою. Наявність ожиріння при гострому інфаркті міокарда супроводжувалося підвищенням інсуліноподібного фактору росту-1 і зниженням ендостатину порівняно з пацієнтами на гострий інфаркт міокарда без ожиріння.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНИХ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА РІВНЕМ ЕНДОСТАТИНУ

Мартовицький Д. В., Шелест О. М., Ковальова Ю. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи: оцінити вплив ендостатину на розвиток повторних кардіоваскулярних подій у хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда в 6-місячний термін спостереження в поєднанні з ожирінням.

Матеріали та методи дослідження: у дослідженні прийняли участь 105 хворих, серед яких 55 чоловіків (52,39%) та 50 жінок (47,61%). Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на гострий інфаркт міокарда з супутнім ожирінням (n=61), 2 групу – хворі на гострий інфаркт міокарда без ожиріння (n=44). Хворі обох груп були співставні за віком (середній вік – 65,58±1,17 років та 61,04±1,55 років відповідно, $p < 0,05$) та статтю. Ожиріння I ст. було виявлено у 35 осіб, ожиріння II ст. – у 21 особи, ожиріння III ст. – у 5 осіб. Індекс маси тіла у групі хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ожирінням склав 34,28 ±0,44 кг/м², тоді як у групі порівняння індекс маси тіла був на рівні 25,12±0,52 кг/м².

Результати: ендостатин мав високу прогностичну цінність щодо прогнозу повторних кардіоваскулярних подій у вигляді нестабільної стенокардії та/або гострого інфаркту міокарда протягом 6-місячного терміну спостереження після перенесеного інфаркту міокарда, так при рівні > 165,41 пмоль/л він володів як високою специфічністю (95,2%), так і чутливістю (87,1%), AUC склала 0,96.

Висновки: отримані результати підтверджують, що можливо використовувати визначення рівня ендостатину сироватки крові для прогнозування розвитку повторних кардіоваскулярних подій у хворого протягом 6-місячного терміну спостереження після перенесеного інфаркту міокарда на тлі ожиріння.

ВАРІАЦІЇ ВІСЦЕРАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ЯК ПРОГНОЗ-НЕГАТИВНИЙ МАРКЕР ПЕРЕБІГУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Марченко А. С., Коряк В. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

В останні роки значна увага дослідників у всьому світі прикута до проблеми надлишкової ваги та ожиріння, що пов'язано з їх значною розповсюдженістю та впливом на якість життя пацієнтів. Окрім того доведено, що жирова тканина має високу гормоноподібну активність (синтезує понад 20 високоактивних речовин), перебігає в поєднанні з багатьма захворюваннями внутрішніх органів та негативно впливає на їх перебіг. Найбільш часто поєднання ожиріння реєструється у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (ЦД): взагалі визначається майже сто відсотковий їх поєднаний перебіг.

Мета роботи: дослідити питому вагу вісцерального компоненту жирової тканини у пацієнтів на ЦД 2 типу з різними ступенями ожиріння та встановити її можливий вплив на ураження серцево-судинної системи.

Матеріали та методи. Обстежено 213 хворих на ЦД 2 типу, які перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні університетської клініки ХНМУ. За індексом Кетле ожиріння 1 ст. було встановлено у 80 осіб (34,6%) та 2 ст. - у 58 пацієнтів (25,1%).

Розподіл жирової тканини в організмі визначали при оцінці результатів, отриманих при проведенні дослідження з використанням «Монітору складу тіла OMRON BF511».

Результати та їх обговорення: при вимірюванні кількості жирової тканини «монітором...», який дозволяє оцінити кількісні взаємовідносини різних складових жирової тканини у відсотковому еквіваленті було встановлено, що при ожиріння 1 ст. та ЦД 2 типу рівень підшкірного жиру складав 40-50% та вісцерального 25-30%. Для 2 ст. ожиріння було характерним збільшення як підшкірного (50-60%), так і вісцерального жиру – до 30-35%. Встановлено, що накопичення вісцерального жиру є прогностично більш несприятливим, через залучення до патологічного процесу органів-мішеней та, таким чином, погіршення клінічної симптоматики. Нами було встановлено, що майже у 50% хворих, які мали 1 ст. ожиріння реєструвалися негативні зміни в показниках ліпідного спектру крові та визначали клінічні прояви ІХС. При 2 ст. ожиріння ознаки атеросклеротичного процесу були притаманні 70% осіб на ЦД 2 типу.

Висновки: збільшення питомої ваги вісцерального компоненту жирової тканини з прогресуванням ступеню ожиріння є прогностично-негативним маркером стосовно розвитку метаболічних зсувів та серцево-судинних ускладнень.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Меденцева О. О., Рудик Ю. С., Удовиченко М. М., Бабічев Д. П.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета: розробити модель прогнозування несприятливих подій у хворих з серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночку (СНзберФВ ЛШ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи: обстежено 80 пацієнтів з СНзберФВ ЛШ (45 жінок і 38 чоловіків; середній вік $61,8 \pm 4,7$ років) та ЦД 2 типу. Носіями 235Т алелів (MT + TT генотипи) були 63 пацієнта, 20 пацієнтів мали MM-генотип поліморфізму M235T ATG, який визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Для оцінки якості життя використовували Мінесотський опитувальник для хворих з СН. Рівень NTproBNP визначали методом імуноферментного аналізу з використанням «NTproBNP-BEST-ELISA» (Росія), параметри ліпідного обміну та ST2 визначали з використанням наборів реагентів «NUMAN» (Німеччина) і «PresageST2» (США), відповідно. Визначення індексу маси міокарду лівого шлуночка (ИММЛШ) на основі ультразвукового методу. Тривалість спостереження становила 12 місяців. Заздалегідь визначена складова кінцева точка серцево-судинних подій, що включала смерть, госпіталізацію через СН, нефатальний інсульт, звернення до лікаря з приводу декомпенсації СН. Всі статистичні тести були двосторонніми і $p < 0,05$ вважалися статистично значимими. Регресійний аналіз проводили в Statistica 10.0.

Результати: для оцінки прогностичного впливу різних факторів на кінцеві точки було проведено покроковий багаторівневий регресійний аналіз. У модель увійшли: ИММЛШ, NTproBNP, ST2, генотип MT і TT, вік, тривалість СН, дані Мінесотського опитувальника, рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності і глюкоза в крові натще. Найбільш важливими факторами були NTproBNP (RR=8.13 [1.62;40.75]), ST2 (RR=8.0 [1.52;42.03]), генотип MT і TT (RR=10.03 [2.72;39.08]) ($p < 0,05$).

Висновки: прогностична модель несприятливих комбінованих кінцевих точок серцево-судинних подій для хворих з СНзберФВ ЛШ та ЦД типу 2 включає ИММЛШ, NTproBNP, ST2, генотип MT і TT, вік, тривалість СН, дані Мінесотського опитувальника ($p < 0,05$). Найбільш важливими прогностичними факторами є рівень ST2 і алель T поліморфізму M235T ATG.

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2018 РОЦІ

Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Рябокони А. І., Дюльдева Т. А.,
Моргун Т. М.

*НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: вивчити стан професійної захворюваності на Харківщині у 2018 році.

Як свідчать статистичні дані клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, у 2018 році зареєстровано 47 потерпілих унаслідок професійних захворювань (ПЗ). При цьому було діагностовано 126 ПЗ, тобто у переважній більшості потерпілих (П) встановлено діагноз більш одного ПЗ. Як і у попередні роки, у 2018 році найбільша кількість П зареєстрована у машинобудуванні (М). Відсоток працівників цієї галузі серед потерпілих становив 97,87%. Протягом усіх років він перевищував 80%, оскільки М є провідною галуззю економіки Харківщини. На підприємства з виробництва промбудматеріалів припадало лише 2,13%. Кризові явища в економіці Харківщини протягом останнього десятиліття призвели до значного скорочення кількості працюючих на підприємствах М, у тому числі зайнятих в шкідливих та небезпечних умовах, і як наслідок – до зменшення кількості потерпілих унаслідок ПЗ протягом 2014-2018 рр.

Щодо розподілу ПЗ за нозологіями найбільша частка припадала на захворювання легенів - 36,51% (46 з 126 вперше встановлених діагнозів щодо ПЗ), у тому числі 33,33% - на хронічний бронхіт пилової та токсикопилової етіології і 3,18% - на пневмоконіози. Наступні рангові місця щодо поширеності серед нозологічних форм ПЗ займали нейросенсорна приглухуватість (30,90%), захворювання опорно-рухового апарату (14,20%) і верхніх дихальних шляхів (7,90%), вібраційна хвороба (5,50%), вегетативно-сенсорна полінейропатія верхніх кінцівок (4,80%). Зазначений розподіл ПЗ щодо поширеності обумовлений як недосконалістю застосовуваних технологій на підприємствах М, так і регіональними особливостями промисловості Харківщини.

Серед потерпілих у 2018 році було 68,09% чоловіків та 31,91% жінок. Рангові місця промислових підприємств щодо кількості потерпілих унаслідок ПЗ: Приватне акціонерне товариство «Харківський тракторний завод» (1), Державне підприємство (ДП) «Завод Електроважмаш» (2), Публічне акціонерне товариство «Турбоатом» (3), ДП «Завод ім. В. О. Малишева» (4).

Отже, розподіл нозологічних форм ПЗ та рангові місця промислових підприємств Харківщини щодо кількості потерпілих унаслідок ПЗ у 2018 році залишалися сталими у порівнянні з попередніми роками.

РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-33 ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Мельник О. Г., Тверезовський В. М., Прохоренко В. Л., Маслова Є. П.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: визначити роль інтерлейкіну-33 за коморбідного перебігу хронічної серцевої недостатності (ХСН) та хронічного обструктивного захворювання легень ХОЗЛ.

Результати та обговорення. Серед екстрапульмональних ускладнень ХОЗЛ, безумовно, превалюють серцево-судинні захворювання (ССЗ). Основною причиною є не тільки наявність спільних патофізіологічних та патобіохімічних механізмів, а й спільних факторів ризику, таких як вік, тютюнопаління, спосіб життя, тощо. Значну роль у розвитку патологічного процесу за цих захворювань є формування інтенсивного системного запалення, що індукується низкою прозапальних цитокінів (інтерлейкіном (ІЛ)-6, ІЛ-8, лейкотриеном В₄, тощо). Поряд з тим останні роки приділяється увага вивченню ІЛ-33, що є сигнальним інтерлейкіном у відповідь на запальний процес. Вивчення його з боку ХОЗЛ є актуальним, оскільки він продукується зокрема тканинами легень, легеневою стромою, клітинами епітелію та м'язів дихальних шляхів, та таким чином слугує первинним сигналом запального процесу легеневої тканини, активуючи імунну відповідь 2 типу. Інформація, щодо концентрації ІЛ-33 за ХОЗЛ різниться та потребує подальшого вивчення. Проте зазначено, що рівні цього цитокіну були значно вищі у пацієнтів з ХОЗЛ та ХОЗЛ у стадії загострення, ніж у пацієнтів контрольної групи.

Дані щодо активності ІЛ-33 у пацієнтів із ССЗ показують, що цей інтерлейкін може бути достовірним прогностичним фактором при ХСН, навіть серед популяції з низьким ризиком. Визначено, що ІЛ-33 та його рецептор ST2 є відповідальними за кардіопротективний механізм проти патологічної гіпертрофії серцевого м'язу, апоптозу кардіоміоцитів та фіброзу. Поряд з цим, дослідження показують, що ІЛ-33 може бути прогностичним фактором перебігу коморбідної патології: серед пацієнтів із серцевою недостатністю, що викликана несерцевою патологією (загострення ХОЗЛ, пневмонія, тощо). Рівні ST2 рівною мірою з NT-proBNP можуть бути корисними для оцінки ризику розвитку ХСН.

Висновки. Підвищення ризику захворюваності та смертності пацієнтів із поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХСН вимагає посилення вивчення прогностичних біомаркерів цих захворювань. Вивчення ефектів ІЛ-33 у пацієнтів із поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХСН є актуальним на даний час, оскільки спільні ланки патогенезу та формування системного запалення взаємообтяжують їх перебіг та активують продукцію ІЛ-33, що є незалежним прогностичним фактором та обумовлює кардіопротективну дію.

**ПИТАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ В НАУКОВИХ ПРАЦЯХ
АКАДЕМІКА Л. Т. МАЛОЇ ТА ЇЇ ШКОЛИ**

**Милославський Д. К., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Снігурська І. О.,
Пенькова М. Ю.**

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

Вагомий внесок у вивчення патогенетичних механізмів становлення і прогресування артеріальної гіпертонії (АГ) внесла акад. АМН України Л. Т. Мала. Це захворювання її приваблювало своєрідністю клініко-патогенетичних форм, різноманіттям механізмів нейрогуморальної регуляції, грізними ускладненнями, можливостями профілактики на рівні популяції. Академік Л. Т. Мала співпрацювала з визнаними авторитетами в цій галузі академіками Є. М. Тарєєвим, О. Л. М'яниковим, М. С. Кушаковським, Є. І. Чазовим, В. О. Алмазовим, А. Д. Візиром, О. І. Грицкоком, М. С. Заноздрою, Д. Ф. Чеботарьовим, О. В. Коркушком, Є. М. Нейком, Г. В. Дзяком та багатьма іншими. У 80-90-і рр. ХХ століття під її керівництвом в Україні виконувалися Міжнародні кооперативні програми «Інтегрована профілактика основних неінфекційних захворювань (СІНДІ)», «Тривала медикаментозна терапія хворих коронарною хворобою серця і АГ», «Епідеміологія серцево-судинних захворювань і їх факторів ризику в різних регіонах країни», «Контроль АГ в популяції різних регіонів країни». Л. Т. Мала також ініціювала створення і виконання Національної програми профілактики і лікування АГ в Україні (1999-2012 рр.). З урахуванням виключної важливості проблеми Любов Трохимівна з дня відкриття Інституту створила відділ АГ. Під її керівництвом вивчена епідеміологія АГ та факторів ризику її розвитку серед різних верств населення, створені високоінформативні методи оцінки ризику розвитку і прогресування захворювання на рівні популяції, розроблена система профілактики його ускладнень, інформативні алгоритми диференціальної діагностики симптоматичних АГ. Її учнями вивчені основні гемодинамічні та структурні закономірності розвитку і прогресування гіпертонічної хвороби (ГХ), особливості добового профілю АТ у хворих на різні форми ГХ, доведена ключова роль нейрогуморальних систем у формуванні ГХ і її ускладнень, встановлений внесок простаноідів, опіоїдних і натрійуретичних пептидів, ендотеліну, хімази, нейропептиду Y в розвитку різних форм ГХ, вивчена патогенетична роль інтерлейкінів-1 і -2, мембранно-клітинних змін в патогенезі ГХ, розроблено і впроваджено оптимальні методи комбінованої терапії. Любов Трохимівна виступала з науковими доповідями на 40 міжнародних з'їздах, брала участь в роботі 62 європейських конгресів з питань АГ. Серед її соратників у цій області слід згадати доцента Васильєва Ю. М., Ляшенка М. М., Педан Н. В. Серед творчого доробку академіка Л. Т. Малої тільки питань АГ стосуються 3 монографії, 7 методичних рекомендацій, 8 збірників наукових праць, понад 100 статей у журналах, 9 докторських і 23 кандидатські дисертації.

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО Q-ПОЗИТИВНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Мінухіна Д. В., Бабаджан В. Д.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: побудова покорокового алгоритму у вигляді математичної моделі, який дозволяє спрогнозувати розвиток повторного інфаркту міокарда у хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарда, за наявності супутнього цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи: нами було досліджено 73 пацієнта на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) і супутній цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу) (серед них - 43 чоловіків та 30 жінок, середній вік хворих $62,73 \pm 1,39$ років), контрольна група — 20 практично здорових осіб (у т.ч. 10 чоловіків і 10 жінок, $60,85 \pm 1,37$ років). Рівень інгібітора активатора плазміногена 1 типу (ІАП-1) визначали імуноферментним методом з використанням комерційних тест-систем Technoclone PAI-1 ELISA Kit (Австрія), рівень асиметричного диметиларгініну (АДМА) - Immunodiagnostik ADMA Xpress ELISA Kit (Австрія). Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету "Statistica 6,0" (StatSoft Inc, США). Зв'язок між ознаками визначали за допомогою розрахунку непараметричного критерію χ^2 Пірсона.

Результати: алгоритм дослідження складався з 2-х етапів. На першому етапі хворих було віднесено до 1-го або 2-го кластеру підвищеного ризику розвитку повторного інфаркту міокарда за допомогою класифікаційної функції: $\Delta F = F_2 - F_1 = \text{холестерин} + 0,2 \cdot \text{інсулін} - 19,5 \geq 0$, де [холестерин]=ммоль/л; [інсулін]=мкМЕ/мл. Якщо обчислене значення ΔF для конкретного хворого позитивно, то він був віднесений до групи підвищеного ризику розвитку повторного інфаркту міокарда. З 73 хворих з ЦД 2 типу у 44 осіб спостерігався повторний інфаркт міокарда (з них 41 пацієнт належав до групи підвищеного ризику розвитку повторного інфаркту міокарда, що складало 56,2% хворих). На другому етапі дослідження за допомогою розрахунку індексу ймовірності повторного інфаркту (ІІІ) за формулою, де $\text{ІІІ} = 2 \cdot \langle \text{кінцевий діастолічний об'єм} \rangle + \langle \text{АДМА} \rangle + \langle \text{ІАП-1} \rangle + \langle \text{СМ-КФК} \rangle$, було визначено, що з 41 хворих підвищеного ризику 37 пацієнтів мали повторний інфаркт міокарда. Таким чином, точність прогнозування повторного інфаркту, тобто чутливість методу, становила 84,1%.

Висновки: модель прогнозування розвитку повторного Q-позитивного інфаркту міокарда за допомогою ІАП-1 та АДМА, у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу має високу чутливість (84,1%) та специфічність (93,1%) при загальній точності прогнозування 87,7%, що дозволяє використовувати її у сучасній клінічній практиці.

РОЛЬ СТРЕСС-РЕАКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Мирзаев С., Азизов Н. Н., Болтабоев С. А., Азизов С. В., Сатиев Ш. К., Жажангиров Ш. Ж.

Наманганский государственный университет, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: изучить и научно обосновать механизм влияния длительного и продолжительного стресс-реакции на патогенетическую цепь ишемических болезней сердца.

Материалы и методы: материалами для данного исследования являются литературные источники и методические документы по данной тематике. Главным методом исследования явился сравнительный анализ информационных источников по данной теме.

Результаты: полученные данные показали, что независимо от того, что обусловлена ли стресс-реакция экзогенным или эндогенным фактором, следующие патогенетические механизмы, способствующие развитию ишемической болезни сердца: - стрессорные гиперхолестеринемия и гиперлипидемия, вызываемые чрезмерным усилением первоначально адаптивного липотропного эффекта стресса; - первичный стрессорный повреждение миокарда, т. е. в реализации патогенетической цепи; - сильный адренергический компонент стресс-реакции может приводить к спазму гладкой мускулатуры анатомически неизменных коронарных артерий: этот достаточно стойкий спазм становится причиной вторичного ишемического повреждения миокарда; - стресс может потенцировать или вызывать ишемические повреждения; - длительная стресс-реакция снижает резистентность миокарда предсердий к гипоксии и ишемии; - стресс-реакции, который может потенцировать ишемическое повреждение сердца; - стресс способствует нарушению кровообращения при острой ишемии; - стрессорной потенциации ишемического повреждения формируется на основе такого компонента стресс-реакции, как гипервентиляция, которая закономерно влечет за собой увеличение напряжения кислорода в крови и гипокапнический алкалоз.

Вывод: таким образом, анализ механизмов, за счет которых чрезмерно интенсивная, затянувшаяся стресс-реакция может играть роль в патогенезе ишемической болезни сердца. И рассмотренные повреждающие факторы - компоненты стресс-реакции - могут в равной мере реализоваться как при стрессе, вызванном экзогенно, т. е. трудными ситуациями среды, так и при эндогенно обусловленном, возникающем вторично вследствие появления ишемического болевого очага в сердце и страха смерти. В целом это означает, что чрезмерная стресс-реакция играет важную роль в патогенезе ишемической болезни сердца, т. е. инфаркта миокарда. И, следовательно, ограничение этой реакции стресс-лимитирующими системами организма является фактором, обеспечивающим резистентность по отношению к стрессорным и ишемическим повреждениям сердца.

**ВПЛИВ КУРСОВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ВІТА-МЕЛАТОНІНУ
В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ
ІЗ ЗАКРЕПАМИ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ І
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Міщук В. Г., Григорук Г. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

За останні роки усе частіше звертається увага на можливість регуляції рівня артеріального тиску, характеру, частоти і консистенції стільця, харчової поведінки з участю мелатоніну [J. Baker, K. Kimpinski, 2018; Wong RK et al., 2015]. Обстежено 54 хворих з поєднанням синдрому подразненої кишки з закрепами (СПКз), артеріальної гіпертензії (АГ) на тлі ожиріння, розділених на 2 групи в залежності від лікування. Перша з них (16 хворих) отримувала дуфалак по 30 мл на добу, прокінетик (домперідон по 10 мг тричі на добу) та антигіпертензивну терапію, що включала інгібітор АПФ – лізиноприл в дозі $20,0 \pm 1,48$ мг, амлодіпін по 10 мг та індапамід по 5 мг на добу, аторвастатин по 20 мг – базисна терапія, а друга (38 хворих) – на фоні базисної терапії – віта-мелатонін по 3 мг за 30 хв перед сном на протязі одного місяця. Встановлено, що під впливом комплексної терапії з включенням віта-мелатоніну середньодобовий систолічний АТ знизився на $42,7$ мм рт. ст. (з $187,0 \pm 2,8$ до $144,3 \pm 2,1$ мм рт. ст.), а діастолічний на $12,3$ мм рт. ст., (з $96,8 \pm 1,9$ до $84,5 \pm 1,0$ мм рт. ст.), в той час як під впливом стандартної терапії без віта-мелатоніну, відповідно, на $37,7$; $9,7$ мм рт. ст. Серед хворих, що отримували віта-мелатонін зменшилась кількість пацієнтів з добовим профілем АТ non-dipper з $50,0$ до $10,5\%$, а під впливом стандартної терапії з $43,8$ до $37,5\%$. Одночасно у хворих, які отримували віта-мелатонін зменшувався показник LF варіабельності серцевого ритму на $25,9$ ms^2 (у хворих першої групи на $13,3$ ms^2) та зростав показник HF на $43,6$ ms^2 (у обстежених першої групи - на $29,0$ ms^2). У пацієнтів, що отримували віта-мелатонін, збільшилась частота стільця з $2,2 \pm 0,2$ до $4,1 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на тиждень, в той час як у обстежених першої – не змінилася ($2,4 \pm 0,2$; $1,9 \pm 0,2$ епізоди на тиждень). Включення віта-мелатоніну до терапії хворих з зазначеною коморбідністю сприяло зниженню підвищеного до лікування постпрандіального рівня греліну (з $24,87 \pm 1,79$ пг/мл до $13,53 \pm 1,41$ пг/мл, $p < 0,05$) та наближенню до нормальних показників рівня серотоніну в крові (з $145,6 \pm 7,6$ нг/мл до $68,2 \pm 4,9$ нг/мл (у здорових – $39,1 \pm 3,0$ нг/мл), в той час як постпрандіальний рівень греліну у хворих першої групи достовірно не змінився, а серотоніну дещо знизився з $165,5 \pm 7,5$ нг/мл до $150,2 \pm 9,2$ нг/мл).

Таким чином, включення до комплексної терапії хворих з ожирінням, артеріальною гіпертензією та СПКз віта-мелатоніну підсилює ефективність стандартної терапії, впливаючи на деякі патогенетичні механізми їх розвитку.

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ СИМПТОМІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА СЕРЕДНЬО-ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Мигович В. В., Мигович Л. Д., Попадинець І. Р.

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

Мета: оцінити ступінь контролю симптомів БА та якість життя у хворих з ожирінням в залежності від способу лікування.

Матеріали та методи: обстежено 40 хворих на середньо-тяжку БА, поєднану з ожирінням. Всім хворим було проведено загально-клінічне та інструментальне обстеження, а також антропометричне вимірювання. Дослідження наявності контролю здійснювалось за допомогою опитування пацієнта та астма-контроль тесту (АКТ). Визначення ЯЖ проводили за специфічним для БА опитувальником Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (MiniAQLQ).

Результати дослідження: досліджуваних пацієнтів було розділено на 2 групи, що вірогідно не відрізнялися за віком, статтю, тривалістю перебігу астми та показниками функції зовнішнього дихання. Після обстеження хворим було запропоновано заповнити опитувальники АКТ MiniAQLQ. У обидвох групах виявлено неконтрольований або частково-контрольований перебіг захворювання і значне зниження ЯЖ по всіх показниках.

Пацієнтам обидвох груп було призначено базову терапію комбінацією сальметеролу 25 мкг та флутиказону пропіонату 125 мкг по 2 інгаляції двічі на добу та бронхолітики короткої дії на вимогу. Пацієнтам І групи (n=20) додатково до основного лікування було призначено 10 мг монтелукасту ввечері.

Оцінку результатів проводили через 12 тижнів після початку дослідження. Нами виявлено приріст загального балу ЯЖ на $(2,05 \pm 0,16)$ балів в групі з монтелукастом, на відміну від $(1,75 \pm 0,10)$ балів в групі лише з базовою терапією. Така ж тенденція спостерігалася і по інших показниках ЯЖ. Показники АКТ були вірогідно кращими після лікування базовою терапією в поєднанні з монтелукастом, в порівнянні з пацієнтами лише з комбінацією сальметерол/флутиказону пропіонат.

Висновки. Хворі на БА, поєднану з ожирінням, мали тяжчий перебіг астми, який погано піддавався контролю і значно гіршу ЯЖ. Додавання монтелукаста до базової терапії пацієнтів з астмою в поєднанні з ожирінням покращує контроль астми та ЯЖ пацієнтів, а також дозволяє не збільшувати дозу інгаляційних глюкокортикостероїдів, що призводить до зменшення кількості загострень БА та зниження розвитку ускладнень.

ШПИТАЛЬНА СТАФІЛОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕННЯ

Моїсєєнко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю.,
Грищенко М. І., Кривенко В. М., Грищенко В. М.

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

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Медичний університет, м. Київ, Україна

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

КУОЗ «Богодухівська районна лікарня», м. Богодухів, Україна

Мета: дослідити сучасні аспекти розвитку шпитальної стафілокової інфекції та її можливі ускладнення.

Матеріал та методи: у роботі вивчали морфологічні зміни шкіри новонароджених з підозрою на стафілокову пупирчатку новонароджених, яка виникала за умов стаціонару у дітей із соціально неблагонадійних родин. Морфологічний аналіз проводили традиційно, фіксація в 12 % формаліні, постфіксація, проводка. Забарвлення гематоксиліном та еозином, за Ван - Гізоном.

Результати: за нашими спостереженнями, у досліджених випадках відмічали відсутність у зонах ураження рогового шару, чітко фіксоване витончення зернистого шару епідермісу. У його глибоких ділянках реєструють формування малих порожнин, що містять серозно - фіброзний ексудат з домішками лімфоцитів та нейтрофільних лейкоцитів. Дерма з ознаками набряку, виразної гіперемії. У стінках судин та навколишньому просторі чисельні інфільтрати із нейтрофільних, еозинофільних лейкоцитів, гістіоцитів. У макроскопічній картині зазначеної форми стафілокової інфекції переважають виразне почервоніння шкіри, численні бульозні формування із серозним та нерідко серозно - гнійним ексудатом. Можливо, що саме цим, спричиняється відшарування рогового шару шкіри, подальший локальний некроз. До головних особливостей стафілокової інфекції слід віднести її здатність до провокації процесів майже у всіх органах і системах, розвиток клініко - морфологічних змін у кишківнику, легенях, нирках (запальні процеси, некроз). За умов затримки чи хибного застосування антимікробної терапії зазначені вище інфекційні прояви призводили до тяжких наслідків.

Висновок: стафілокова інфекція стає певним негативним супроводом неблагонадійних стаціонарів, де спостерігають розвиток стафілокових ускладнень післяопераційних ран, опіків. Що стосується пологових будинків чи відділень цілковитим може бути інфікування як новонароджених, так і породілей, що страждають на мастити стафілокового генезу (міграція через судини із тріщин соска або через молочні протоки). У дітей можливі омфаліт, не часто – стафілокова епідемічна пупирчатка новонароджених.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМОГО ПЕРОРАЛЬНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА У БОЛЬНОЙ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Молодан В. И., Аболмасов А. Н., Молодан Д. В., Швец В. М.

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

Консервативное лечение тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА) основано на использовании антикоагулянтных и тромболитических препаратов. Лечение массивной ТЭЛА с нарушениями гемодинамики, требует применения тромболитиков, при немассивной и субмассивной ТЭЛА чаще используются нефракционированные и низкомолекулярные гепарины, альтернативным вариантом может быть применение прямых оральных антикоагулянтов (ривароксобан, апиксабан, дабигатран, эдоксабан).

Цель: изучить эффективность терапии ТЭЛА мелких ветвей и тромбоза глубоких вен нижних конечностей прямым оральным антикоагулянтом – ривароксобаном.

Клинический случай: Больная О., 37 лет поступила в ОРИТ ГУ «НИТ им. Л.Т. Малой НАМНУ» с подозрением на ТЭЛА. Она предъявляла жалобы на одышку, дискомфорт в области правой голени, боли в грудной клетке, непродуктивный сухой кашель. Объективно: одышка экспираторного характера, ЧДД 22-24/мин, при перкуссии притупление в нижних отделах легких, рассеянные сухие хрипы, больше на выдохе, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 98/мин. В крови выявлен лейкоцитоз – $9,2 \cdot 10^9$, сдвиг формулы влево (п – 7%, с – 83%, э – 1%, л – 7%, м – 2%), СОЭ 24мм/ч. Повышен уровень АлАТ – 82 Е/л, СРБ – 384 мг/л, D-димера – 34,61 мкг/мл. По данным мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием выявлена инфаркт-пневмония задне-базальных сегментов правого и левого легких. Тромбоз подвздошной и яичниковой вен справа. Во время ультразвукового компрессионного дуплексного сканирования глубоких вен нижних конечностей установлен тромбоз глубоких вен. Для лизиса тромбов был назначен ривароксобан 15 мг 2 раз в сутки 3 недели, в последующем 20 мг/сутки 1 раз в день до 3-х мес. Инфаркт-пневмонию лечили цефтриаксоном в/в 2 г 1 раз в сутки, джозамицином 500 мг 2 раза в сутки. Для устранения бронхоспазма назначена ингаляция беродуала через небулайзер. Через 21 день терапии жалоб на одышку нет, положительная динамика объективных данных в легких, ЧДД 15-18/мин. Рентгенологически инфильтративные изменения отсутствуют. УЗИ глубоких вен нижних конечностей: кровоток восстановлен. Нормализация лейкоцитограммы, снижение СОЭ (12 мм/ч), СРБ (9 мг/л) и D-димера (10,3 мкг/мл).

Выводы: данный клинический случай показывает эффективность проведения антикоагулянтной терапии с использованием ривароксобана для лечения ТЭЛА мелких ветвей и тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ПЕНТРАКСИНУ-3 З ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Молотягін Д. Г.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ: цукровий діабет (ЦД) є однією з провідних медико-соціальних проблем сучасного суспільства, що обумовлено високою захворюваністю і його поширеністю, частим виникненням хронічних мікро- і макросудинних ускладнень. Також ЦД є вагомим фактором ризику у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

ІХС у хворих на ЦД 2 типу зустрічається в 2-4 рази частіше, ніж серед людей того ж віку без діабету. Основною причиною інвалідизації та смертності хворих на ЦД є серцево-судинні захворювання, у розвитку яких провідне значення має атеросклероз.

Одним з патогенетичних механізмів атеросклерозу є генералізоване або хронічне запалення. Одним з нових маркерів імунного запалення є пентраксин-3 (РТХ-3), який надмірно експресується в ендотеліальних і гладком'язових клітинах, моноцитах і макрофагах, які є компонентами судинної стінки і атеросклеротичної бляшки. Його роль при атеросклерозі поки остаточно не з'ясована.

Мета – дослідити характер взаємозв'язку рівня пентраксина-3 з показниками ліпідного обміну у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи: нами було проведено комплексне обстеження 110 хворих на ІХС. Хворі були розподілені на групи в залежності від наявності ЦД 2 типу: до першої групи увійшло 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу, групу порівняння склали 35 хворих на ІХС без діабету. До контрольної групи увійшли 25 практично здорових осіб. Усім хворим проводили клінічні обстеження з метою контролю ліпідного обміну та маркеру імунного запалення пентраксину-3.

Результати: враховуючи асоціацію маркерів хронічного запалення з метаболічними показниками у хворих на ІХС та ЦД 2 типу, нами було визначено взаємозв'язок між РТХ-3 та показниками ліпідного обміну у наших хворих.

За даними проведеного кореляційного аналізу було виявлено наявність прямих цільних вірогідних зв'язків між рівнем РТХ-3 та рівнем ТГ ($r=0,74$; $p<0,05$) та зворотніх – з ХС ЛПВЩ ($r= - 0,54$; $p<0,05$).

Висновки: у обстежених хворих підвищення рівня РТХ-3 було асоційовано зі збільшенням рівня тригліцеридів та зменшенням рівня ХС ЛПВЩ.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Молодягина С. П., *Гуйда П. П.

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

**Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн-Геноха) – системное воспалительное заболевание мелких сосудов, преимущественно капилляров, артериол и венул, главным образом кожи, суставов, брюшной полости и почек.

В клинической картине геморрагического васкулита (ГВ) характерна триада признаков: геморрагические высыпания на коже (пурпура), артралгии и/или артрит и абдоминальный синдром. При наличии геморрагических высыпаний или характерной триады диагноз обычно не представляет затруднений.

Высыпания на коже наблюдаются у всех больных на разных стадиях развития болезни (в дебюте – у половины больных) и вначале представляют собой эритематозные, иногда зудящие папулы, локализующиеся на разгибательных поверхностях конечностей, чаще на ногах, ягодицах. В тяжёлых случаях могут возникнуть участки некроза, покрытые корочкой. Для суставной патологии, встречающейся у 59-100% пациентов, свойственны поражение крупных суставов, чаще коленных и голеностопных, летучесть и симметричность поражения. Абдоминальный синдром обычно развивается у детей и проявляется болями по типу кишечной колики, локализующимися вокруг пупка, а иногда в правой подвздошной области, правом подреберье, эпигастрии. Одновременно отмечаются кровавая рвота, жидкий стул, нередко с прожилками крови. Нередко (10-50%) в патологический процесс вовлекаются почки с развитием геморрагического гломерулонефрита. При суставной и абдоминальной формах наблюдается повышение температуры тела.

Для лечения ГВ в настоящее время применяются антикоагулянты (гепарин, фраксипарин), дезагреганты (тиклид, курантил, трентал, реополиглюкин), препараты никотиновой кислоты (ксантинола никотинат, теоникол), циннаризин. При суставном синдроме возможно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Знание характерных клинических проявлений, на которых базируется диагностика ГВ, позволит установить правильный диагноз уже в раннем периоде и своевременно назначить адекватную терапию.

ДЕБЮТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Молотягина С. П., *Гуйда П. П.

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

**Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – хроническое системное воспалительное заболевание суставов позвоночника, крестцово-подвздошного сочленения и околопозвоночных тканей с анкилозированием межпозвоночных суставов, образованием кифоза и развитием тугоподвижности позвоночника.

Клиника анкилозирующего спондилоартрита (АС) отличается большим полиморфизмом. Клинические проявления зависят от локализации поражения, стадии заболевания, характера течения и степени активности патологического процесса. Часто уже в раннем периоде отмечаются боли в пояснично-крестцовом и/или в других отделах позвоночника, которые усиливаются ночью и утром, утренняя скованность в позвоночнике, ограничение подвижности в нём.

В то же время АС нередко дебютирует различными атипичными клиническими проявлениями, что значительно затрудняет раннюю диагностику, особенно при отсутствии в дебюте заболевания признаков сакроилеита и поражения позвоночника. Так, у части больных за несколько месяцев, а иногда и лет, определяется продромальный период, проявляющийся общей слабостью, похуданием, раздражительностью, сонливостью, ощущением зуда подошв, артралгиями и миалгиями. У 70% больных АС дебютирует полиартралгиями в крупных и мелких суставах, притом поражение суставов может быть изолированным или сочетаться с проявлениями сакроилеита. Изолированное поражение крестцово-подвздошного сочленения, как начальное проявление АС наблюдается в 15% случаев.

Ещё больше затруднена диагностика АС в случае дебюта заболевания поражением глаз в виде ирита и иридоциклита, предшествующим другим проявлениям АС в наших наблюдениях за 4 года. Значительно затруднена ранняя диагностика АС также при изолированном увеличении СОЭ, которое регистрируется у отдельных больных задолго (по нашим данным, до 5 лет) до появления других признаков болезни.

Такое разнообразие дебютных проявлений значительно затрудняет раннюю диагностику АС, что необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

**МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА**
Мосійчук Л. М., Ошмянська Н. Ю., Петішко О. П., Кушніренко І. В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета: визначити роль морфометричних особливостей слизової оболонки (СО) у розвитку структурних порушень при передракових станах шлунка.

Матеріали та методи: за допомогою морфометричних методів дослідження проаналізовано біоптати 80 пацієнтів з морфологічними змінами СО шлунка, які були поділені на 4 групи: I група – атрофія СО шлунка (10 пацієнтів); II група – кишечна метаплазія (КМ) в антральному відділі шлунка (20 пацієнтів); III група – пацієнти з дифузною КМ – (39 пацієнтів), IV група – дисплазія шлункових залоз (n=11). Розраховувалися наступні морфометричні показники: ядерно-цитоплазматичне співвідношення (ЯЦС), коефіцієнт еліптичності ядер (КЕЯ) та коефіцієнт однорідності ядер (КОЯ). Зазначені показники розраховувалися окремо для метапластичних клітин в осередках КМ та для нативних клітин в зонах, що межують з КМ.

Результати: встановлено, що ЯЦС незмінених залоз СО шлунка дорівнювало ($0,18 \pm 0,02$) %, в осередках КМ воно достовірно збільшувалося до ($0,33 \pm 0,03$) % ($p < 0,05$). Особливо помітною ця різниця була на біоптатах хворих III групи, де гіперплазія нативних залоз СО шлунка спостерігалась в 42,1 % випадків. В II групі спостерігали виражене достовірне зменшення ЯЦС до ($0,12 \pm 0,04$) %, при цьому деяке зменшення ЯЦС спостерігалось навіть у випадках, коли на гістологічному та ендоскопічному дослідженні не було відмічено виражених гіперпластичних змін. Точність розрахунку КЕЯ дещо вища за ЯЦС та не залежить від загального розміру клітин. У I групі КЕЯ дорівнював ($0,76 \pm 0,04$) %, для II групи цей показник становив ($0,65 \pm 0,11$) %, а для III – ($0,41 \pm 0,12$) %. Плеоморфізм ядер, який є ознакою більш важких структурних змін СО шлунка, за літературними даними характеризується збільшенням КОЯ. Проте за нашими даними достовірних розбіжностей між КОЯ в аналізованих групах не виявлено. Лише в одному випадку, на тлі КМ, яка характеризувалася великою площею ураження ($>75,0$ % загальної площі біоптату), але зменшеною кількістю келихоподібних клітин, було відмічено значне підвищення КОЯ, що дозволило віднести цей випадок до дисплазії епітелію СО шлунка.

Висновки: морфометричне дослідження показало виражене достовірне зменшення ядерно-цитоплазматичного співвідношення у пацієнтів з кишечною метаплазією, обмеженою антральним відділом шлунка, а також зменшення коефіцієнту еліптичності ядер із розвитком дифузної кишечної метаплазії.

КОМОРБІДНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Демешкіна Л. В., Сімонова О. В.

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

Мета: визначити частоту коморбідних захворювань у хворих на атрофічний гастрит при розвитку кишкової метаплазії (КМ) та дисплазії слизової оболонки (СО) шлунка.

Матеріали та методи: в обстеження включені 120 хворих на атрофічний гастрит, серед яких було 69 (57,5%) жінок та 51 (42,5%) чоловіків, середній вік становив $(61,2 \pm 3,2)$ року. КМ за даними ендоскопічного (NBI режим) та морфологічного (системи OLGA та OLGIM) досліджень встановлена у 85 (70,8%) пацієнтів, дисплазія – у 19 (15,8%) хворих. Оцінка супутньої патології інших систем організму проводилася за допомогою анкетування.

Результати: при аналізі анамнестичних даних встановлено, що пацієнти з дифузною КМ та диспластичними змінами СО шлунка мали найбільш тривалий перебіг хронічного гастриту – в 80% випадків тривалість перевищувала 10 років, в той час як у 50% пацієнтів без КМ та дисплазії СО тривалість хронічного гастриту не перевищувала 5 років. Оцінка супутніх захворювань, які супроводжують прогресування передракових змін у СО шлунка показала, що перніціозна анемія спостерігалася у 5 (5,9%) хворих з КМ та 2 (10,5%) – з дисплазією, в той час пацієнти з лише атрофічними змінами СО її не відзначали. Ендокринні порушення мали місце у 28 (32,9%) респондентів з КМ та 12 (63,2%) – з дисплазією СО шлунка. Серед ендокринної супутньої патології у обстежених пацієнтів превалювали захворювання щитоподібної залози, які за даними опитувальника відзначили 38 (31,7%) хворих проти 10 (8,3%) випадків цукрового діабету ($\chi^2=18,9$, $p<0,001$). При цьому патологія щитоподібної залози найбільше відзначалася пацієнтами з дисплазією – 10 (52,6%), що в 1,4 рази частіше порівняно з хворими з лише атрофічними гастритом (37,5%) та в 2 рази – з пацієнтами з КМ (25,9%). Супутня гіпертонічна хвороба спостерігалася в 46 (38,3%) випадків усіх обстежених хворих, її розповсюдженість серед пацієнтів з лише атрофічними змінами складала 68,8% і в 2 рази перевищувала частоту виявлення гіпертонічної хвороби серед досліджених з КМ (36,5%) та в 3 рази – серед хворих з диспластичними змінами СО шлунка (21,1%).

Висновки: найбільш розповсюдженою супутньою патологією у хворих на атрофічний гастрит при розвитку передракових змін шлунка є ендокринні захворювання, серед яких найбільшу питому вагу має патологія щитоподібної залози, що спостерігається у чверті обстежених з кишковою метаплазією та половини пацієнтів з дисплазією слизової оболонки шлунка.

ЖИРОВА ІНФІЛЬТРАЦІЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З АТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ

Мосійчук Л. М., Пегішко О. П., Васильєва І. О., Бочаров Г. І.

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

Мета: вивчити частоту жирової інфільтрації печінки у хворих на атрофічний гастрит (АГ) та оцінити ефективність її лікування за допомогою гепатопротекторного препарату Антраль.

Матеріали та методи: обстежено 89 хворих з атрофією шлунка різного ступеня вираженості (за системою OLGA). У 18 пацієнтів (дослідна група) за даними УЗД виявлена гіперехогенність тканини печінки, характерна для жирової інфільтрації органу (12 жінок, 6 чоловіків, середній вік $(45,2 \pm 5,1)$ років, середній індекс маси тіла склав $(32,56 \pm 3,21)$ кг/м²). Інтенсивність клінічних симптомів оцінювали за трибальною шкалою. Хворі дослідної групи отримували Антраль по 2 таб. 3 рази на день протягом 3 тижнів лікування у стаціонарі – короткий курс терапії. Динаміку функції печінки оцінювали за біохімічними показниками.

Результати: встановлено, що частота стеатозу печінки серед пацієнтів з АГ склала 20,2%. Усі хворі до лікування відмічали прояви астеноневротичного синдрому (психоемоційна лабільність – $(2,2 \pm 0,4)$ бала, порушення сну – $(1,8 \pm 0,2)$ бала, дратівливість – $(1,2 \pm 0,3)$ бала, головний біль – $(2,0 \pm 0,1)$ бала). Диспепсичні розлади також відзначено у 100% хворих, серед яких основними були: тошнота – $(2,5 \pm 0,2)$ бала, відриг повітрям – $(2,3 \pm 0,3)$ бала, гіркота – $(1,9 \pm 0,2)$ бала, метеоризм – $(2,6 \pm 0,3)$ бала та порушення стулу – $(2,9 \pm 0,2)$ бала. У 4 (19,8%) пацієнтів встановлено збільшення печінки на 1-3 см. Порушення функції печінки проявлялося збільшенням показників АЛТ в 1,6 раза та АСТ в 1,4 раза. В результаті лікування всі хворі відмітили покращення загального стану – у 55,5% пацієнтів психоневрологічний статус нормалізувався повністю; у 44,5% – вираженість симптомів зменшилась (порушення сну до $(1,2 \pm 0,09)$ бала, дратівливість до $(1,1 \pm 0,1)$ бала, головний біль до $(1,5 \pm 0,1)$ бала). Диспепсичні розлади повністю купірувалися у 61,1% хворих. Гіркоту відмічали 11,1% пацієнтів, інтенсивність зменшилась до $(1,3 \pm 0,08)$ бала, відриг – 5,6% хворих $(1,2 \pm 0,1)$ бала, метеоризм – 11,1% $(1,5 \pm 0,09)$ бала, порушення стулу залишилося у 33,3 хворих $(2,1 \pm 0,1)$ бала. Рівень АЛТ та АСТ нормалізувався у 88,9% випадків. 2 хворим рекомендовано продовжити лікування до 2 місяців амбулаторно. УЗД показало позитивну динаміку структури печінки у 77,8% досліджених.

Висновки: застосування Антраля при стеатозі печінки у хворих на АГ є патогенічно обрнтованим, тому що дозволяє зменшити ступінь жирової інфільтрації печінки і значно покращити клінічну симптоматику. Відсутність побічних ефектів та гарна переносимість дозволяє рекомендувати лікування в амбулаторних умовах. Доцільно продовжити дослідження при більш тривалому (2 місяці) терміні лікування Антралем.

ШВИДКІСТЬ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛІ У ЧОЛОВІКІВ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА І ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Надюк А. В., Єгоров К. Ю.

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

Мета: визначити особливості швидкості розповсюдження пульсової хвилі (ШРПХ) при ожирінні та есенціальній артеріальній гіпертензії (АГ).

Матеріали і методи: було обстежено 123 чоловіка, яких в залежності від індексу маси тіла (ІМТ) та наявності АГ було розподілено на 3 групи: I - пацієнти з надлишковою вагою та АГ II стадії (ІМТ - 27,76 (26,81; 29,07) кг/м², n=50), II – пацієнти з ожирінням I-III ступеню та АГ II стадії (ІМТ - 34,69 (32,14; 39,25) кг/м², n=55) та III (група порівняння) – пацієнти з абдомінальним ожирінням (окружність талії>92 см) без АГ (ІМТ - 30,58 (29,05;32,51) кг/м², n=18) (p<0,05). Всі групи були співставні віком, особи I та II груп не відрізнялись за давністю АГ. Визначали ШРПХ за допомогою артеріографа Tensioclinic (TensioMed, Угорщина).

Результати та обговорення: рівень ШРПХ в I та II групі був підвищений і склав за медіаною (25%; 75%) 10,0 (8,50; 10,90) та 10,20 (9,10; 11,20) м/с (p>0,05), а в III групі відповідав нормі (8,50 (7,70; 8,90) м/с) (p<0,001 з I та II групою). В I-й групі ШРПХ була прискорена (>10,0 м/с) у 54,0% хворих, в II-й – у 63,64% хворих, в III-й – у 5,55% пацієнта. З метою точнішої діагностики ураження судинної стінки, як органу-мішені, проведено аналіз величини ШРПХ згідно референтним значенням, скоригованим за віком та ступенем АГ, (Arterial Stiffness' Collaboration, 2010). Отримано перевищення ШРПХ у 88,0% пацієнтів в I-й, у 87,38% - в II-й, та у 61,10% в III-й групах відповідно. Багатофакторний кореляційний аналіз визначив позитивний взаємозв'язок між ШРПХ та віком (r=+0,40 та r=+0,43, p<0,05) й тривалістю АГ (r=+0,38 та r=+0,43, p<0,05 відповідно в I і II групах), а зі ступенем АГ лише в I групі (r=+0,30, p<0,05). В III групі не встановлено жодних кореляційних зв'язків.

Висновки: серед пацієнтів з різним ступенем надлишкової ваги і АГ реєструється підвищений рівень ШРПХ і нормальний - в групі ожиріння без АГ. В той же час у пацієнтів з ожирінням без АГ доцільно визначати рівень ШРПХ з урахуванням вікової норми для своєчасного визначення підвищення ШРПХ, як маркера субклінічного ураження судинної стінки.

РІВЕНЬ МАРКЕРІВ ІМУНОЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ЗА НАЯВНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Наріжна А. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Незважаючи на позитивні результати у лікуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН), згідно з даними науковців смертність пацієнтів залишається високою та сягає ~20 % протягом 1 року. Негативний вплив на протікання хвороби відзначають наявність супутніх захворювань. Супутньою патологією, яка часто зустрічаються у хворих на ХСН – є цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Довгий час увагу науковців привертають значення рівнів маркерів імунізапалення у хворих на ХСН. Підвищення рівнів цитокінів у хворих на ХСН привертає увагу дослідників, у першу чергу прозапальної цитокінової ланки можна розглядати, як чинник несприятливого перебігу ХСН. Проте питання, щодо характеру балансу прозапальної та протизапальної ланок цитокінів у хворих на ХСН за наявності ЦД 2 типу до теперішнього часу залишається відкритим.

Метою нашого дослідження є визначення рівнів активності маркерів імунізапалення на підставі дослідження динаміки концентрацій інтерлейкіну 1 β (ІЛ-1 β) та інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у хворих з різними функціональним класом ХСН за наявності ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: Обстежено 86 хворих на ХСН внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) з супутнім ЦД 2 типу, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні КНП «Міської клінічної лікарні №27» ХМР (середній вік 65,10 \pm 8,62 років). Із дослідження було виключено хворих на гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарду.

З числа обстежених ХСН II ФК мали 56 хворих, III ФК – 30 хворих.

Результати: у хворих на ХСН III ФК з ЦД 2 типу рівень ІЛ-10 був нижче на 74% ($p\leq 0,05$), ніж у хворих з II ФК, а концентрація ІЛ-1 β вище на 43% ($p\leq 0,05$).

Порівняння рівнів маркерів імунного запалення у пацієнтів однакового ФК ХСН з ЦД 2 типу показало зростання ІЛ-1 β ($p\leq 0,05$).

Висновки: наявність у хворих на ХСН і ЦД 2 типу характеризується не збалансованою роботою системи цитокінів, що визначається високими рівнями концентрації прозапального ІЛ-1 β і низьким протизапального ІЛ-10.

**ПОКАЗНИКИ ПРОЗАПАЛЬНОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ ТА ФАКТОРА
ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ
II ТА III ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ
ХВОРОБІ СЕРЦЯ ЗА НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Наріжна А. В., Донцова Є. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем, її розповсюдженість ~2% населення. А смертність сягає 20 % серед пацієнтів з ХСН при ішемічній хворобі серця (ІХС) протягом року. Згідно даних досліджень несприятливий прогноз у хворих на ХСН обумовлюється наявністю цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Метою дослідження було оцінити як змінювались значення моноцитарного хемоатрактантного протеїну та інтерлейкіну-1 β у хворих на ХСН II та III функціонального класу при ішемічній хворобі серця залежно від наявності ЦД 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 106 хворих на ХСН II - III функціонального класу (ФК) внаслідок ІХС з ЦД 2 типу, які проходили лікування у кардіологічному відділенні КНП «Міської клінічної лікарні №27» ХМР (середній вік 65,26 \pm 8,74 років). Із дослідження було виключено хворих на гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарду. З числа обстежених ХСН II ФК мали 70 хворих, III ФК – 36 хворих.

Рівні прозапального цитокіну інтерлейкіну-1 β (ІЛ-1 β) та фактору фіброзу моноцитарного хемоаттрактантного протеїну-1 (MCP -1) визначали імуноферментним методом.

Результати. Наявність ЦД 2 типу виявляє негативний вплив на рівні маркерів імунозапалення, що можна відстежити високих рівнів маркеру фіброзу MCP-1 в наслідок дуже високої активності прозапальної цитокінової ланки представленої ІЛ-1 β , яке має негативний вплив на перебіг ХСН.

Висновки: у хворих на ХСН при ІХС з ЦД 2 типу виявляється надмірна активність ІЛ-1 β та MCP-1. У хворих на ХСН при ІХС з ЦД 2 типу спостерігається зростання профібротичного параметра MCP-1 та прозапального цитокіну ІЛ-1 β паралельно до зростання ФК ХСН. Наявність ЦД 2 типу негативно позначається на роботі прозапального цитокіну і маркеру фіброзу, що підтверджується зростанням рівня ІЛ-1 β та MCP-1 за наявності однакового ФК ХСН.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГЕОМЕТРІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС ЗІ СТЕНОЗУЮЧИМ КОРОНАРНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У ПОСТІНФАРКТНИЙ ПЕРІОД

Настіна О. М., Білий Д. О.

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

Інфаркт міокарда (ІМ) та його наслідки на цей час залишаються однією з основних причин смертності серед учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС. Існує кореляція постінфарктного ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) з розвитком серцевої недостатності, небезпечних для життя аритмій та раптової серцевої смерті. Тому актуальним є визначення особливостей змін геометрії міокарда ЛШ в УЛНА.

Мета: визначити особливості змін геометрії лівого шлуночка в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС зі стенозуючим коронарним атеросклерозом у постінфарктний період.

Об'єкт і методи: обстежено 325 УЛНА на ЧАЕС та 153 осіб, що не зазнали впливу іонізуючого випромінювання (контроль). Серед УЛНА 111 і в контролі 35 осіб перенесли гострий ІМ у післяаварійний період. Середній вік УЛНА склав $(63,6 \pm 10,5)$, хворих контролю – $(65,0 \pm 10,7)$ років ($p > 0,05$). Обстеження хворих включало ехокардіографічне дослідження (ЕхоКГ) з використанням Diagnostic Ultrasound System DS-N3 (Mindray).

Результати: визначено, що у чоловіків УЛНА з ІМ в анамнезі в порівнянні з даними без ІМ значно більшими були кінцевий діастолічний (КДР): $(57,5 \pm 8,1)$ мм проти $(53,1 \pm 6,3)$ мм ($p = 0,000$); систолічний розміри (КСР): $(41 \pm 8,1)$ мм проти $(35,4 \pm 6,6)$ мм ($p = 0,000$); маса міокарда (ММЛШ): $(301,8 \pm 71,9)$ г проти $(273,9 \pm 76,7)$ г ($p = 0,002$); її індекс (ІММ): $(148,5 \pm 33,7)$ г/м² проти $(135,4 \pm 32,1)$ г/м² ($p = 0,001$). У неопроміненого контролю за цих умов встановлено значиму різницю між середніми показниками КДР ($p = 0,042$), КСР ($p = 0,025$), відносної товщини стінок (ВТС) ($p = 0,017$). Статистично значимих відхилень між даними в УЛНА та хворих контролю не виявлено. Товщина стінок значимо не відрізнялась. Однак ВТС в УЛНА з ІМ порівняно з даними без ІМ зменшилась з $(0,44 \pm 0,08)$ ум. од. до $(0,41 \pm 0,1)$ ум. од. ($p = 0,000$), в контролі – з $(0,43 \pm 0,06)$ ум. од. до $(0,40 \pm 0,07)$ ум. од. ($p = 0,017$) відповідно. У чоловіків, які не мали ІМ, переважала концентрична ГЛШ. У обстежених з перенесеним ІМ її відсоток значно знизився ($p < 0,05$), натомість достовірно зросла частка ексцентричної ГЛШ ($p < 0,05$). Вірогідно зменшилось число випадків з концентричним ремоделюванням ЛШ ($p < 0,05$).

Висновок: визначені зміни геометрії ЛШ в УЛНА, які перенесли ІМ, є детермінантами можливих серцево-судинних ускладнень, вони важливі для планування відновлювального лікування.

**ЗАСТОСУВАННЯ СЕДАТИВНИХ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ
ВЛАСТИВОСТЕЙ ХМЕЛЮ ЗВИЧАЙНОГО (*HUMULUS LUPULUS L.*)
У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ**

**Невмержицький В. В., Торяник І. І., Іваннік В. Ю.,
Казмірчук В. В., Коваленко О. В., Прохоренко В. Л.**

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

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Медичний університет, м. Київ, Україна

КУОЗ «Богодухівська районна лікарня», м. Богодухів, Україна

Мета: дослідити перспективи застосування седативних та протизапальних властивостей хмелю звичайного (*Humulus lupulus L.*) у клініці внутрішніх хвороб.

Матеріал та методи: лікарські форми седативної і протимікробної дії (на прикладі NN зразків) на основі біологічно активних речовин хмелю та хмелепродуктів, розроблені в лабораторії протимікробних засобів ДУ «ІМІ НАМН». Клініко – лабораторні методи дослідження.

Результати: отримали результати ефективного опробування низки речовин з активними компонентами на основі екстракту хмелю. Прерогативою опробування останніх була низька токсичність лікарських рослин і фітопрепаратів, відсутність вираженої побічної дії, ефективність за умов розвитку хронічних форм, широкий спектр ускладнень (як наслідок, попередньо випробуваної антибактеріальної терапії), відносна дешевизна засобів. У роботі наведені стислі результати вивчення провідних аспектів застосування препаратів хмелю як седативних, так і протизапальних, антиалергічних засобів. Седативні властивості хмелю використовували при підвищеній нервовій збудженості, порушеннях сну, вегето-судинній дистонії та клімактеричних розладах. Для лікування цих станів рекомендували настої/ збори, до складу яких входили шишки хмелю разом з іншими рослинами заспокійливої дії. Галенові препарати хмелю крім заспокійливої дії, проявляли протизапальну, противиразкову, капіляррозміцнюючу, гіпосенсибілізуючу і болетамуючу дію, регулювали жировий, мінеральний та водний обмін в організмі, збуджували апетит, поліпшували травлення, активно впливали на активацію процесів регенерації в епідермісі шкіри, у слизових оболонках, поліпшували життєдіяльність волосяних цибулин. Препарати випробували у разі безсоння, нервового виснаження, у разі вегето-судинної дистонії, клімактеричних розладів, аменореї, гіпоменорейному синдромі на ґрунті естрогенної недостатності, альгодисменореї та гіпергалакції.

Висновок: апробовані на доклінічному етапі лікарські форми седативної і протимікробної дії (на прикладі NN зразків) на основі біологічно активних речовин хмелю та хмелепродуктів є доцільним застосовувати у клініці внутрішніх хвороб.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПІДВИЩЕНОМУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОМУ РИЗИКУ Й КОМОРБІДНОСТІ

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

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

Вступ: до плану дій ВООЗ на 2016-2025 рр. включені чіткі завдання: забезпечити комплексні міри за усіма секторами, які спрямовані на фактори ризику та їх глибинні детермінанти; укріплювати систему охорони здоров'я з метою удосконалення профілактики й боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями.

Мета: визначити метаболічні порушення при підвищеному кардіоваскулярному ризику й коморбідності.

Матеріали та методи. В дослідженні застосовувались клініко-лабораторні, біохімічні та статистичні методи. Здійснено ретроспективну оцінку історій хвороб пацієнтів (n=1041) підвищеного (високого і дуже високого) кардіоваскулярного ризику (КВР) з урахуванням коморбідності. Визначення ступеню КВР проведено згідно до останніх рекомендацій щодо профілактики і лікування серцево-судинних захворювань (2013, 2018); розрахунок індексу коморбідності за (M.E. Charlson et al.); додатково визначались антропометричні дані (окружність талії й індекс маси тіла (ІМТ)), рівень HbA1c й глюкози, показники ліпідного профілю.

Результати: визначено основну коморбідність – поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ). Пацієнтів було розподілено на групи: (289 (27,8 %) – з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу; (752 (72,2 %) – без ЦД. Наявність ожиріння ($ІМТ \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$) встановлено у 52,1 % в групі осіб із ІХС, АГ та супутнім ЦД 2 типу, та 39,4 % - в групі без ЦД. Серед особливостей метаболічних порушень на тлі $ІМТ \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$: вищими є показники глюкози натщесерце (на тлі ожиріння – $(6,57 \pm 0,14)$ ммоль/л, без ожиріння – $(6,08 \pm 0,12)$ ммоль/л, $p=0,007$); рівень загального холестерину вищий у осіб без ожиріння - $(5,44 \pm 0,06)$ мкмоль/л, ніж на тлі ожиріння - $(5,23 \pm 0,06)$ мкмоль/л, $p=0,01$, що асоційовано із вищими рівнями холестерину ліпопротеїдів високої щільності ($(1,26 \pm 0,02)$ мкмоль/л та $(1,18 \pm 0,02)$ мкмоль/л, відповідно, $p < 0,001$).

Висновки: поміж хворих з підвищеним (високим і дуже високим) кардіоваскулярним ризиком встановлено високу частоту виявлення коморбідності, а метаболічні порушення є одними з найбільш поширених й значущих факторів ризику.

ЩОДО МЕДИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ РОБОТИ ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ

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

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків,
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: визначити напрями роботи щодо оптимізації медичного обстеження працівників, які зайняті на роботах підвищеної небезпеки.

Матеріали: чинні нормативні документи (НД) щодо медичного обстеження працівників, які зайняті на роботах підвищеної небезпеки.

За даними МОП, Україна посідає одне з перших місць у Європі щодо виробничого травматизму (ВТ) з летальним наслідком. ВТ переважає серед працівників, що виконують роботи підвищеної небезпеки (РПН). За даними Фонду соціального страхування України, основними причинами ВТ є порушення норм з охорони праці, психофізіологічні та технологічні чинники. На сьогодні в Україні не запроваджений НД щодо психофізіологічного обстеження (ПФО) працюючих. Певна роль щодо ВТ серед працівників, що виконують РПН, належить синкопальним станам (СС), раптовій серцевій смерті (РСС) тощо.

Обстеження працівників щодо виконання РПН регламентується наказами МОЗ від 19.11.96 №347 Про затвердження Правил визначення придатності за станом здоров'я осіб для роботи на судах та від 21.05.2007 №246 Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій; спільним Наказом МОЗ та Держкомітету по нагляду за охороною праці від 23.09.94 №263/121 Про затвердження Переліку робіт, де є потреба у професійному доборі; наказом Міністерства інфраструктури від 30.11.2012 №733 щодо медичного обстеження працівників залізничного транспорту та метрополітену. Чинними НД не уніфіковані підходи стосовно обстеження працівників, які зайняті на РПН, у тому числі з точки зору оцінювання ризику СС чи РСС.

Наказом від 30.11.2012 №733 ураховуються конкретні захворювання і синдроми, які є асоційованими з ризиком СС чи порушень ритму серця пароксизмального характеру, передбачено визначення ризику ішемічної хвороби серця (ІХС). Однак передбачений чинними НД обсяг обстежень працівників, що виконують РПН, не забезпечує керування ризиками ВТ унаслідок СС чи РСС. Для реалізації цих завдань обсяг обстеження працівників має бути уніфікованим і включати тести з дозованим фізичним навантаженням, тілт-тест тощо.

Висновок: чинні НД стосовно медичного обстеження працівників щодо виконання РПН потребують запровадження уніфікованих підходів для визначення професійної придатності за станом здоров'я, затвердження порядку ПФО працюючих, застосування високоінформативних методів обстеження тощо.

ПРОБЛЕМА СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ: ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Носач О. В., Саркісова Е. О.

*ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини" Національної
академії медичних наук України, м. Київ, Україна*

Мета роботи: окреслення основних сучасних напрямів наукових досліджень при коморбідній патології у осіб, які зазнали дії факторів Чорнобильської аварії.

Матеріали і методи: аналіз доступної наукової інформації щодо результатів досліджень з питань діагностики, лікування та профілактики хронічних неінфекційних захворювань з коморбідним перебігом.

Результати. Як свідчать результати проведених інформаційних досліджень, на сьогодні відсутня єдина класифікація та загальноприйнята термінологія коморбідності.

Розроблено ряд загальновизнаних шкал (методів) оцінювання коморбідності, жодна з яких не охоплює всі складові та не дозволяє комплексно оцінювати структуру, тяжкість та можливі наслідки сумісного перебігу декількох патологічних процесів, здійснювати цілеспрямоване обстеження хворого та призначати адекватне лікування. Запропоновані різні системи оцінки, що можуть бути застосовані при певних захворюваннях. Також створюються системи оцінки, що базуються на спеціалізованих прогностичних індексах і враховують також той чи інший індекс коморбідності.

Проводиться ідентифікація комбінацій найбільш поширених хронічних захворювань (або кластерів супутніх захворювань), наявність яких підвищує імовірність летальних наслідків. Сучасні статистичні підходи дозволяють виявляти плейотропні генетичні впливи при коморбідній патології та конструювати метаболічні мережі. Триває розробка підходів, за допомогою яких було б можливо вирізняти пацієнтів за схильністю до розвитку коморбідної патології, що асоційована з певними захворюваннями.

Висновок. Зважаючи на те, що характерною особливістю стану здоров'я постраждалих внаслідок Чорнобильської аварії є наявність кількох хронічних неінфекційних соматичних захворювань, перспективним напрямом наукових досліджень є розробка спеціалізованої системи комплексної оцінки стану їх здоров'я. Для розробки такої системи доцільно визначити можливості застосування відомих індексів коморбідності з урахуванням їх специфічності, складності отримання необхідної інформації, придатності результатів оцінки для використання у рутинній клінічній практиці. Система має забезпечувати вирізнення не випадкових комбінацій (кластерів) найбільш поширених захворювань з серйозними наслідками для постраждалих осіб.

АНАЛІЗ РІВНЯ ЛЕПТИНУ ТА ЙОГО КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ГІПОТИРЕОЗОМ

Оленич Л. В.

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

Адипокіни, зокрема лептин, та гормони щитоподібної залози (ЩЗ) регулюють теплообмін, метаболізм глюкози та ліпідів. Вони відіграють важливу роль у розвитку метаболічних розладів, зокрема ожиріння, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, серцево-судинних захворювань.

Мета: аналіз рівня лептину та його кореляційних зв'язків у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та гіпотиреозом.

Матеріали: обстежено 49 пацієнтів з ГХ 1 та 2 ступенів, яких поділено на групи: 1 група – 18 осіб віком $62,50 \pm 12,88$ років з ГХ та первинним гіпотиреозом та 2 група – 31 пацієнт віком $61,00 \pm 11,28$ років із збереженою функцією ЩЗ. Окрім стандартного обстеження проводили антропометричні виміри, розраховували індекс маси тіла, визначали рівень тиреотропного гормону гіпофізу, вільного тироксину та трийодтироніну, лептину. Опрацювання даних проводилося за допомогою пакета програм “Statistica for Windows 10.0”. Дані подані як «медіана[нижній;верхній] квартиль».

Результати: групи відрізнялися за показниками систолічного та пульсового АТ, які були істотно вищими у пацієнтів 2 групи: $150,00[140,00;160,00]$ проти $170,00[160,00;179,00]$ мм рт. ст. та $57,50[50,00;60,00]$ проти $70,00[60,00;75,00]$ мм рт. ст., обидва $p < 0,05$. У 2 групі істотно вищим також був рівень еозинофілів ($3,00[2,00; 4,00]$ проти $2,00[0,00;2,00]$ %, $p < 0,05$) та абсолютна кількість паличкоядерних нейтрофілів ($0,29[0,18;0,52]$ проти $0,53[0,29;0,89] \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$). Обидві групи характеризувалися гіперлептинемією (1 група – $83,33 \pm 8,78\%$, 2 група – $93,55 \pm 4,41\%$), при чому медіана лептину у 1 групі була нижчою, ніж у 2 групі ($29,30[14,04;56,97]$ проти $40,83[17,51;60,26]$ нмоль/л, $p > 0,05$). В обох групах найвищі показники лептину були у пацієнтів з надмірною масою тіла (1 група – $48,10[17,26;63,75]$ нмоль/л, 2 група – $54,29[28,36;61,65]$ нмоль/л). За умов ГХ та гіпотиреозу рівень лептину прямо корелював з показником тимолової проби ($\tau = 0,52$; $p = 0,035$), розміром задньої стінки лівого шлуночка ($\tau = 0,95$; $p = 0,020$) та рівнем білка сечі ($\tau = 0,77$; $p = 0,030$). Обернена кореляція з рівнем глюкози свідчить про зростання рівня лептину за умов гіпоглікемії ($\tau = -0,42$; $p = 0,024$). У 2 групі виявлено обернену кореляцію лептину з рівнем загального холестерину ($\tau = -0,39$; $p = 0,008$), бета-ліпопротеїдів ($\tau = -0,47$; $p = 0,003$) та тироксину ($\tau = -0,39$; $p = 0,002$). Зростанням рівня лептину асоціюється з збільшення маси міокарду лівого шлуночка ($\tau = 0,71$; $p = 0,024$) та зростанням серцево-судинного ризику (за фібриногеном) ($\tau = 0,41$; $p = 0,031$).

Висновок: пацієнти з ГХ характеризуються гіперлептинемією, яка зростає з прогресуванням гіпофункції ЩЗ та пов'язана з гіпертрофією міокарда лівого шлуночка та зростанням серцево-судинного ризику.

ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ ЩОДО ГРАМПОЗИТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ

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

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

В останній час увагу фармацевтичної промисловості та фахівців різних галузевих напрямків привертають лікарські засоби на основі біологічно активних речовин, які приймають участь у життєдіяльності людини.

Мета роботи – визначення протимікробної активності синтетичних похідних лізину та аргініну щодо музейних та клінічних штамів грампозитивних мікроорганізмів.

Матеріали та методи: проведено мікробіологічне дослідження 8 синтетичних похідних амінокислот, а саме: похідних лізину сполук 6.1, 6.1.1, 6.1.2 та похідних аргініну 7.1.3, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7, 7.1.11 щодо 17 штамів грампозитивних мікроорганізмів. Усі речовини були синтезовані та охарактеризовані на кафедрі фармакогнозії НФАУ МОЗ України. У якості порівняння взяті амінокислоти лізин та аргінін. Для тестування протимікробної активності використанні грампозитивні палички, що утворюють спори – 2 штами *Bacillus spp.* та грампозитивні коки – штам *S. pneumonia* ATCC 49619 і 14 штамів *Staphylococcus spp.* Дослідження проведено за методом двократних серійних розведень на середовищі Мюллера-Хинтона. Визначались мінімальні інгібуючі та бактерицидні концентрації (МІК та МБ_цК). Експерименти проведені у трьох повторах з метою одержання достовірних результатів.

Результати та їх обговорення: більшість досліджених сполук проявляли високу інгібуючу активність щодо штамів *Bacillus spp.* (МІК сполук у межах 3,9–15,6 мкг/мл, МБ_цК 7,8–31,25 мкг/мл), вищу за таку препаратів порівняння ($p < 0,05$). Бактеріостатична дія речовин щодо *S. pneumonia* ATCC 49619 проявлялася у концентраціях 7,8–31,25 мкг/мл. За результатами експериментів встановлена вища або співвідносна з відповідними амінокислотами активність модифікованих варіантів амінокислот щодо *Staphylococcus spp.* Інгібуючі концентрації досліджених речовин відносно штамів *S. aureus* знаходились у межах 3,9–31,25 мкг/мл, бактерицидні концентрації більшості речовин перевищували статичну на одне розведення і становили 7,8–62,5 мкг/мл. Активність досліджених речовин щодо штамів коагулазонегативних стафілококів *S. epidermidis* та *S. haemolyticus* проявлялась у концентраціях 15,6 – 62,5 мкг/мл.

Висновок: серед досліджених речовин за ступенем їх впливу на грампозитивні мікроорганізми визначено найактивніші сполуки, а саме похідні лізину 6.1 та аргініну 7.1.5 (МІК та МБ_цК у межах 3,9–15,6 мкг/мл).

ПРОТИМІКРОБНА ВЗАЄМОДІЯ ЕКСТРАКТУ ЕВКАЛІПТУ ПРУТОВИДНОГО В КОМБІНАЦІЯХ З МОДИФІКОВАНИМИ АМІНОКИСЛОТАМИ СТОСОВНО ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ

Осолодченко Т. П., Андрєєва І. Д., Штикер Л. Г., Рябова І. С.

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

На сьогодні інфекційні та гнійно-запальні захворювання складають значну питому вагу у загальній структурі захворюваності, тому необхідно збільшувати арсенал протимікробних засобів та удосконалювати їх якісний склад.

Мета роботи – дослідження сукупного впливу природних металопорфіринів в комбінаціях синтетичними похідними амінокислот щодо грамнегативних мікроорганізмів.

Матеріали та методи: досліджено взаємодію екстракту з листя евкаліпту прутovidного та модифікованих амінокислот – похідних лізину сполук 6.3 та 6.6 і похідних аргініну сполук 7.1.5 та 7.1.6 щодо штамів грамнегативних мікроорганізмів – 12 представників родини *Enterobacteriaceae* і 1 тест-штама *P. aeruginosa*. Кількісна оцінка мікробіологічної ефективності комбінацій рослинних екстрактів з модифікованими амінокислотами виконано за методом «шахової дошки» у діапазоні концентрацій модифікованої амінокислоти та рослинного екстракта від 1/16 мінімальної інгібуючої концентрації (МІК) до 4 МІК. Визначення чутливості штамів мікроорганізмів до досліджуваних речовин проводили методом двократних серійних розведень. При обґрунтуванні висновку про посилення дії металопорфіринів в присутності синтетичних похідних амінокислот оцінювали індекс фракційної інгібуючої концентрації (УФІК). При ΣФІК до 0,5 ефект комбінації оцінювався як синергічний, при індексі ФІК від 0,51 до 1,0 – як адитивний, від 1,01 до 4,0 – як нейтральний та антагоністичний – при індексі ФІК більше 4.

Результати та їх обговорення: щодо переважної більшості досліджених штамів ентеробактерій комбінації евкаліпту прутovidного з похідними лізину 6.3 та аргініну 7.1.5 проявили адитивний ефект (відповідно 83,4 % та 75,0 %). У випадку комбінації екстракту евкаліпту із сполукою 6.3 синергічний ефект спостережено щодо 8,3 % досліджених штамів ентеробактерій, при комбінації евкаліпту з сполукою 7.1.5 – щодо 16,7 % штамів. При комбінуванні екстракту евкаліпту прутovidного як з похідною лізину 6.6, так і з похідною аргініну сполукою 7.1.6 щодо тест-штаму *P. aeruginosa* ATCC 27853 виявився адитивний ефект.

Висновок: за результатами проведених досліджень доведено доцільність та перспективність подальшого поглибленого дослідження комбінацій евкаліпту прутovidного з модифікованими амінокислотами з кінцевою метою розробки на їх основі нових протимікробних засобів.

РЕНАЛЬНІ РИЗИКИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Оспанова Т. С., Семидоцька Ж. Д., Чернякова І. О., Авдєєва О. В.,
Піонова О. М., Трифонова Н. С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Проблема діагностики, лікування та прогнозування хронічного обструктивного захворювання легенів (ХОЗЛ) залишається вкрай гострою. Останнім часом дуже багато уваги приділяється вивченню коморбідної патології, яка є одночасно і наслідком основного патологічного процесу і фактором ризику подальшого прогресування хвороби одночасно.

Мета: визначення ролі нирок у прогресуванні коморбідної патології у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи: проведено дослідження 34 хворих на ХОЗЛ. Серед досліджуваних було 20 чоловіків та 14 жінок. Вік хворих був від 42 до 82 років, в середньому 60,00 [54,00-67,00] роки. Було досліджено швидкість клубочкової фільтрації за допомогою формули Кокрофта-Голта, окрім того рутинні показники, ліпідний спектр крові, С-реактивний білок (СРБ); проведено Ехо-кардіографію, спірометрію.

Результати: рівень ШКФ у середньому складав 81,65 [58,60-129,00] мл/хв. Переважна більшість хворих (73,5%) мали зміни з боку цього показника. У 57,1% хворих виявлено рівень ШКФ 60-89 мл/хв, у 2,9% хворих – ШКФ менше 59 мл/хв, 11,8% хвори мали ШКФ більше 120 мл/хв. Всі хворі зі зниженою ШКФ були старші за віком, мали більшу кількість коморбідної патології, більшу кількість загострень щороку, незважаючи на меншу тривалість хвороби. За результатами кластеризації та кореляційного аналізу даних були виявлені зв'язки ШКФ з показниками бронхообструкції, сатурації киснем артеріальної крові, системного запалення, ліпідного спектру крові. Залучення у патологічний процес нирок, тривала гіпоксія є факторами активації ренин-ангіотезин-альдостеронової системи, яка провокує чи підтримує прогресування коморбідної патології з боку серцево-судинної системи. У нашому дослідженні ехокардіографічні показники ремоделювання серця знаходились у щільному зв'язку зі ШКФ. Особливу увагу слід приділяти групі пацієнтів з гіперфільтрацією, яка виснажує функціональний нирковий резерв і є найбільш ранньою ознакою ураження нирок. Такі хворі, як правило, мають додатково ожиріння та порушення толерантності до глюкози.

Висновки: дослідження функціонального стану нирок у хворих на ХОЗЛ може бути прогностичним критерієм подальшого перебігу хвороби. Визначена гіперфільтрація ще може бути скорегованою, тому є сигналом для лікаря щодо залучення нефропротекторної терапії, що може уповільнить прогресування коморбідної патології.

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ ОСТЕОПЕНІЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ

Пасісшвілі Л. М., Іванова К. В.

Харківській національній медичній університет, м. Харків, Україна

В останні роки доведено, що існує велика кількість захворювань, так званих, кальційзалежних, перебіг яких може провокувати раннє формування остеопенічних станів. Серед них розглядають ІХС. Така увага до даної проблеми у хворих на ІБС пов'язана з даними, що вказують на вплив глікозаміногліканів та хондроетинсульфатів на формування атеросклеротичного ураження судин, тим самим забезпечує зниження щільності кісткової тканини. Щодо впливу надмірної ваги та ожиріння на метаболізм кісткової тканини, то такі дані неоднозначні.

Мета: дослідити показники метаболізму кісткової тканини у пацієнтів на ІХС, яка перебігає на тлі ожиріння.

Матеріали і методи: для реалізації мети дослідження обстежено 79 хворих на ІХС та ожирінням з середнім індексом маси тіла по групі $31,87 \pm 0,26$ кг/м² (основна група). 19 пацієнтів з ІХС мали нормальну вагу - $23,8 \pm 0,24$ кг/м² (група порівняння). Середній вік хворих по групах складав $52,4 \pm 1,44$ та $51,8 \pm 1,94$ роки. Контрольні показники біохімічних досліджень були отримані при обстеженні 20 практично здорових осіб відповідних за статтю та віком. Статистичний аналіз проводили за допомогою програмного пакету «Statistica 10.0».

Результати: вміст загального кальцію сироватки крові був достовірно вищим у хворих основної групи $2,5(2,4;2,56)$ ммоль/л проти групи контролю $2,39(2,3; 2,47)$ ммоль/л та групи порівняння - $2,4(2,35; 2,46)$ ммоль/л. В той же час зміни в показниках фосфору сироватки крові не були вірогідними. Встановлено збільшення 1-ї фракції глікозаміногліканів (ГАГ) в обох групах хворих: до $7,1(6,3;8,1)$ Од. (основна група) та до $7,1(6,3;7,7)$ Од. (група порівняння), проти контролю - $5,9(5,6;7,5)$ Од ($p < 0,005$). В той же час отримані величини не відрізнялися між групами. Показники хондроїтинсульфату також виходили за рамки референтних значень та були найвищими у хворих на ІХС з нормальною вагою $0,14(0,12; 0,20)$ г/л, порівняно з пацієнтами основної $0,104(0,07;0,116)$ та контрольної $0,007(0,07;0,11)$ груп ($p < 0,005$).

Висновки: перебіг ІХС супроводжується формуванням метаболічних порушень в кістковій тканині пацієнтів, які значно посилюються при приєднанні надлишкової ваги або ожиріння. Означені зміни сприяють її потовщенню та втраті еластичності, тобто утворюють «фундамент» для розвитку ендотеліальної дисфункції та атеросклеротичного процесу. При цьому зсуви в показниках маркерів стану кісткової тканини доводять формування остеопорозу.

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПРОГРЕСУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОДИТ

Пасієшвілі Т. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вивченню коморбідної патології в останні роки приділяється все більше уваги. Це обумовлено тим, що одночасний перебіг двох та більше захворювань призводить не тільки до утруднення діагностики, збільшення періоду загострення, визначення лікарської тактики, формуванню ускладнень, але й прогресуванню патології. Серед таких захворювань, що можуть несприятливо перебігати при їх поєднанні розглядають ГЕРХ та аутоімунний тиреоїдит (АІТ). До їх перебігу втягуються багато патогенетичних ланок, а саме, вільнорадикальне окиснення, ендокринна та імунна системи, зокрема її медіаторна ланка – цитокіни.

Мета: визначити можливість прогресування ГЕРХ та АІТ у пацієнтів молодого віку шляхом визначення вмісту та ролі інтерлейкіну-18.

Матеріали і методи: до роботи увійшло 83 хворих молодого віку (22,1±2,11 років) з поєднанням АІТ у еутиреоїдному стані та ГЕРХ. 30 хворих аналогічного віку та статі на ізольований ГЕРХ увійшли до групи порівняння; 20 практично здорових осіб склали контрольну групу. При встановленні діагнозів захворювань проводили обстеження згідно «Протоколів...» означених нозологій з використанням ФГДС для підтвердження ГЕРХ та його морфологічної форми, а також оцінювали показники тесту на антитіла до тиреопероксидази та тиреоглобуліну та функцію щитовидної залози за вмістом ТТГ, Т3 та Т4. Рівень інтерлейкіну 18 (ІЛ-18) визначали в сироватці крові методом ІФА - набір «Bender MedSystems GmbH» (Австрія).

Результати: вміст ІЛ-18 у сироватці крові хворих з коморбідними захворюваннями складав 1761,5 (1451,7; 2876,9) пг/мл при показниках норми 229,4 (198,31; 269,37) пг/мл. В групі порівняння цей показник дорівнював 614,6 (521,9; 721,8) пг/мл. Тобто, в обох досліджених групах пацієнтів в період загострення ГЕРХ спостерігали вірогідне підвищення вмісту ІЛ-18 – одного з головних та первинно синтезованих прозапальних цитокінів (сімейство ІЛ-1), який в подальшому запускає каскад запальної відповіді. В період ремісії захворювання вміст даного цитокіну зменшується майже на 65%, однак не досягає показників норми. Тобто, клінічна ремісія захворювання не має патогенетичного еквіваленту.

Висновки: у хворих на ГЕРХ в період загострення захворювання майже у 2,7 разів збільшується вміст ІЛ-18, показник якого перевищує восьмикратне збільшення при приєднанні АІТ. Враховуючи той факт, що ІЛ-18 активно втручається в аутоімунні реакції організму, можна припустити подальше прогресування АІТ та ГЕРХ.

**ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОСДНАННІ
З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ З НАЯВНІСТЮ
ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ ТА БЕЗ НЬОГО**

Пенькова М. Ю., Старченко Т. Г., Мисниченко О. В.

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

Мета дослідження – вивчення показників добового моніторування АТ (ДМАТ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО) з наявністю гіпертензивного серця (ГС) та без нього.

Матеріали і методи. Було обстежено 110 хворих на АГ II ст., 2-3 ступеню, з яких у 68 виявлено ГС. Серед обстежених хворих чоловіків було 79 (85%), жінок – 25 (22%), середній вік становив (51,3±4,8) років. Всім хворим проводили загально клінічні дослідження. Добове моніторування АТ (ДМАТ) проводили за стандартної методикою.

Результати: в результаті дослідження встановлено, що у хворих на АГ з АО та ГС були достовірно вищими середньодобові, середньоденні та середьонічний систолічний артеріальний тиск (САТ) і діастолічний АТ ($p<0,05$), індекси навантаження САТ і ДАТ ($p<0,05$), варіабельність САТ в порівнянні з хворими на АГ з АО та без ГС. Так, індекс часу САТ у хворих на АГ з ГС складав 86 (67-96) %, що було достовірно вище, ніж у хворих на АГ без ГС – 60 (54-75) %. Індекс часу ДАТ у хворих на АГ без ГС складав 48 (40-60) %, а при ГС – 84 (44-94) % ($p<0,01$). Денна варіабельність САТ і ДАТ у хворих на АГ з АО з ГС складала (19 (11;15) мм рт. ст. і (16 (9;19) мм рт. ст. і була достовірно вищою ніж у аналогічних хворих без ГС (12(11;15) мм рт. ст., і (10(8;12) мм рт. ст. відповідно, ($p<0,05$). При аналізі ступеня нічного зниження АТ та характеру розподілу добового профілю виявлено, що група хворих на АГ, АО та ГС характеризувалась меншою кількістю осіб із фізіологічним розподілом АТ та збільшенням осіб з несприятливими типами добового профілю ($p<0,001$). Особливу увагу привертає група пацієнтів з різноспрямованою зміною САТ і ДАТ в нічні години, коли є нічна гіпертонія по САД. Так, у групі хворих на АГ, АО, але без ГС нічна гіпертонія по САД була виявлена у 17% хворих, в той час як з ГС у 32% хворих ($p<0,01$).

Висновки: таким чином, основними особливостями добового профілю АТ при АГ з АО на тлі розвитку ГС у порівнянні з пацієнтами без ГС є достовірно вищі середні показники САТ та ДАТ у денний та нічний період, варіабельність АТ, а також високі індекси навантаження АТ протягом доби. Однак, за рівнями офісного АТ хворі з ГС, та без ГС були співставними.

ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Пилипів Л. І., Радченко О. М.

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

Фактор некрозу пухлин-альфа (ФНП-б) продукується клітинами запалення та адипоцитами. Поодинокі дослідження показують, що рівень ФНП-б у сироватці крові та бронхоальвеолярному лаважі може використовуватись як біомаркер системного запалення при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ), а його рівні корелюють з важкістю ХОЗЛ (El-Shimy W.S., 2014; Mathanraj S., 2017), однак однотайності у визначенні його діагностичного чи прогностичного рівня не досягнуто.

З метою визначення вмісту ФНП-б у 30 пацієнтів з ХОЗЛ додатково до стандартного обстеження визначено вміст біомаркера методом твердофазового імуоферментного аналізу з застосуванням антитіл за допомогою реактиву «альфа-ФНО-ИФА-Бест» (Росія). Результати опрацьовані статистично, рівень істотності прийнятий за $p < 0,05$, кореляційний ранговий аналіз проведений за Кендаллом.

Встановлено, що рівень ФНП-б у крові пацієнтів з ХОЗЛ був істотно вищим, ніж у контрольній групі здорових осіб (1,3[1,0;1,9] пг/мл проти 0,9[0,8;1,0] пг/мл; $p=0,01$). Гендерної різниці не виявлено: у чоловіків та жінок його вміст істотно не відрізнявся (1,4 пг/мл у чоловіків та 1,1 пг/мл у жінок; $p > 0,05$). Кількість ФНП незначно залежала від маси тіла пацієнтів: серед пацієнтів з ХОЗЛ він був максимальним за умов надмірної маси тіла (1,6[0,9;2,3] пг/мл), дещо нижчим за умов нормальної маси (1,3[1,0;2,2] пг/мл, $p > 0,05$) та найнижчим – за умов ожиріння (1,2[1,1;1,7] пг/мл; обидва $p > 0,05$). Кореляційний аналіз Кендалла показав, що ФНП-б серед усіх пацієнтів з ХОЗЛ істотно прямо корелював з перенесеною пневмонією в анамнезі ($\phi=0,3$; $p=0,03$), відносним вмістом гранулоцитів, нейтрофілів та сегментоядерних нейтрофілів у периферійній крові ($\phi_1=0,4$; $p_{1,2,3}=0,01$; $\phi_{2,3}=0,3$), інтегральними запальними маркерами –індексом зсуву лейкоцитів (ІЗЛ) та співвідношенням нейтрофілів до лімфоцитів (Н/Лі) ($\phi_1=0,4$; $p_1=0,01$; $\phi_2=0,3$; $p_2=0,02$). Обернені кореляції були зафіксовані зі статтю (у чоловіків вище: $\phi=-0,3$; $p=0,04$), суб'єктивною вираженістю відчуття скутості грудної клітки ($\phi=-0,3$; $p=0,04$), відносним вмістом лімфоцитів периферійної крові ($\phi=-0,3$; $p=0,02$), індексом адаптації (ІА) та лімфоцитарно-гранулоцитарним індексом (ЛіГІ) ($\phi_1=-0,3$; $p_1=0,01$; $\phi_2=-0,4$; $p_2=0,01$).

Висновки: ФНП-б у пацієнтів з ХОЗЛ був істотно вищим, ніж у здорових осіб, його вміст залежав від маси тіла і був максимальним за умов надмірної маси тіла. Рівень ФНП-б прямо корелював з перенесеною пневмонією в анамнезі, гостро- фазовими показниками нейтрофільного запалення та інтегральними показниками запалення, обернено- з імунною відповіддю (за лімфоцитами).

ВАЗОСПАСТИЧНИЙ БІЛЬ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ ТА ЙОГО БЛОКУВАННЯ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П.,
Прохоренко В. Л.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У хворих з хронічним легеневим серцем (ХЛС) мають місце клінічні прояви вазоспастичного болю. Це пов'язано з тим, що зниження кровотоку в коронарних судинах супроводжується вазоспазмом та підвищенням рівня ендотеліну і інших медіаторів. В останні роки для блокування больового синдрому і, особливо, у випадку вазоспазма використовують антагоністи кальцію. Літературні дані свідчать, що амлодипін бесилат підвищує рівень оксиду азота, який регулює впливи медіаторів ендотелію судин та знижує внутріклітинний рівень кальцію, призводить до вазорелаксації. Тобто в умовах вазоспастичної стенокардії він швидко та потужно знижує ендотелін-1 та підсилює біосинтез оксиду азоту (NO), покращує реологічні властивості крові у хворих ішемічною хворобою серця.

Мета: оцінити блокування вазоспастичного болю у хворих ХЛС.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням перебували 45 хворих з вазоспастичною стенокардією на тлі ХЛС. Всі хворі одержували загально прийняту комплексну терапію. Хворим 1-ї групи (20 чоловік) додатково призначали пентоксифілін тоді як хворим 2-ї групи (25 чоловік) до цієї терапії включали амлодипіну бесилату (вазотал) 10 мг на добу. Досліджували показники гемодинаміки, цГМФ, NO, ендотелін-1, агрегаційні властивості тромбоцитів.

Результати: на тлі проведеної комплексної терапії з додатковим включенням пентоксифіліну усім хворим і амлодипіну бесилату 10 мг на добу хворим 2-ї групи спостереження зменшувались частота, інтенсивність і продовження ангінального синдрому. Поліпшення клінічних проявів захворювання супроводжувалося підвищенням рівню цГМФ, NO та зниженням рівня ендотеліну-1 у крові в обох групах, але більш виражені клініко-лабораторні зміни відмічались у 2-й групі спостереження. Це свідчить на користь того, що амлодипіну бесилат в умовах вазоспастичного болю пригнічує дію медіаторів, які підтримували до цього вазоспазм.

Висновок: застосування амлодипіну бесилату у комплексній терапії хворих з вазоспастичним болем у хворих ХЛС супроводжувалося підвищенням рівня медіаторів релаксації коронарних судин, що спонукало до блокування або поліпшення перебігу клінічних проявів ангінального синдрому.

ВПЛИВ ТЕЛМІСАРТАНУ НА ЕНДОВАСКУЛЯРНИЙ СТАН У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

Погорєлов В. М., Стебліна Н. П., Маслова Є. П.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) з ішемією міокарду, чергове загострення запалення веде до формування функціональних і структурних змін коронарних судин та серцево-судинної смертності. Відомо, що ендотелій судин має антитромбоцитарні, антикоагуляційні, протизапальні, антиоксидантні та інші властивості. Крім того йому притаманний вплив на розвиток та прогресування атеросклерозу. Тому застосування лікарських засобів, які гальмують процес ремоделювання судин у хворих ХОЗЛ, на наш погляд, є вчасним. Доведено, що телмісартан покращує ендотеліальну функцію судин та захищає органи-мішені від гіперреактивності ренін-ангіотензінової системи і атеротромбозу та позитивно впливає на обмін вуглеводів, ліпідів, тоді як застосування пентоксифіліну при атеросклерозі дає нам можливість включити їх до комплексної терапії хворих з цією патологією.

Мета: оцінити вплив телмісартану на стан ендотелію у хворих ХОЗЛ.

Матеріал і методи: під нашим спостереженням перебувало 59 хворих ХОЗЛ. Середній вік яких склав 61 ± 6 років. Усі хворі отримували комплексну терапію з пентоксифіліном (латрен). Хворим 2-ї групи (30 чоловік) додатково включали телмісартан 80 мг/ добу. Проводили ЕхоКГ та ДоплерЕхоКГ. Вивчали вміст ліпопротеїдів низької і високої щільності, рівень оксиду азоту та агрегаційну властивість тромбоцитів. Рівень ендотеліна-1 і цГМФ визначали імуноферментним методом.

Результати: у всіх хворих на тлі комплексної терапії з включенням пентоксифіліну і у хворих 2-ї групи які отримували телмісартан відзначалось поліпшення загального стану хворих, тобто зникли або зменшились задишка, інтенсивність і тривалість болю та мало місце відновлення кривої ЕКГ. Ці позитивні зміни супроводжувались підвищенням рівня цГМФ, оксиду азоту, ліпопротеїдів високої щільності і зниженням рівня ендотеліну-1 та агрегаційних властивостей тромбоцитів у крові в обох групах, але більш виражені зміни відмічались у 2-й групі спостереження. Тобто, позитивна клініко-лабораторна динаміка підтверджує наявність генералізованої релаксації судин у хворих ХОЗЛ.

Висновок: застосування телмісартану на тлі пентоксифіліну супроводжувалось координованою релаксацією коронарних та судин малого кола кровообігу, що позитивно впливало на клініко-функціональний стан хворих ХОЗЛ.

ІНФІКОВАНІСТЬ ТА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГО-ФАРИНГІТ, ОБУМОВЛЕНИЙ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСОМ

Попова Н. Г., Торяник І. І., Кулікова О. О., Іваннік В. Ю.,
Васильєв Д. В., Шуба Д. Г., Близнюк В. В.

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

*Національний університет ім. В. Н. Каразіна м. Харків, Україна
Національний медичний університет м. Харків, Україна*

Мета: вивчити інфікованість та захворюваність на хронічний ларинго-фарингіт, обумовлені Епштейн-Барр вірусом (EBV).

Матеріал і методи: перещеплювальну культуру клітин VERO вирощували при температурі 37 °С в суміші живильних середовищ 199 і ДЕМЕМ у рівних співвідношеннях з додаванням 10 % сироватки великої рогатої худоби (при рН=7,2-7,4) або ембріональної сироватки та антибіотиків (бензилпеніцилін натрієва сіль – 100 од/мл, стрептоміцин сульфат -100 мкг/мл). Посівна доза – 80-120 тис. клітин в 1 см³. Для диспергування клітинного моношару при черговому пересіванні використовували суміш 0,02% розчину Версена (90%) і 0,25 % розчину трипсину (10%) при кратності розсіву 1:4-1:5. Моношар утворювався на 2-3 добу вирощування. Морфологія клітин VERO, згідно паспортних даних, складається із епітеліоподібних та фібробластоподібних клітин з округлими ядрами, що мають від одного до декількох ядерець різноманітної форми. Для зараження клітин VERO використовували HSV з інфекційною активністю не менш, ніж 5 Іг ТЦД₅₀/мл. Моношар клітин інфікували з розрахунку 100 ЦПД₅₀/мл.

Результати: у відповідності до отриманих даних визначено високу EBV- інфікованість (61,3±2,1) % у хворих з ларингітом, яка спостерігалась на тлі інфікованості *M. hominis* з явищами тривалого субфебрилітету і лімфоаденопатією. VCA-Ig M, як показник гострої стадії EBV-інфекції, у досліджених хворих не було виявлено. У п'яти (16,1±0,8 %) хворих ларингітом було знайдено EA-Ig G, що вказує на протікання в асимптомній формі гострої EBV-інфекції. У одного хворого з клінічним діагнозом гострого ларингіту одночасно з EA-Ig G були виявлені Ig G до HSV. Одночасне виявлення серологічних маркерів до герпесвірусів однієї родини можна пояснити з великою ймовірністю їх антигенною спорідненістю. Така можливість одночасного виявлення Ig G існувала, складаючи 2,4 %. Виявлення Ig G до NA у понад половини досліджених зразків крові хворих з ЛОР-патологією глотки і гортані, стало відображенням достатньо високої інфікованості обстежених на EBV.

Висновок: отримані дані дозволили з'ясувати значимість синергидності дії вказаних патогенів на клітинному рівні.

СТАН ЗДОРОВ'Я РОБІТНИКІВ ТЮТЮНОВОГО ВИРОБНИЦТВА

Попова Т. М., Мельник О. Г., Рябоконе А. І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити стан здоров'я робітників, зайнятих на різних технологічних етапах тютюнового виробництва.

Матеріали і методи: в межах періодичного медичного огляду обстежено 364 працівника тютюнової фабрики. Всіх робітників підприємства розділили на 4 групи в залежності від дії тютюнового пилу та шуму. I групу склали 53 робочих цеху підготовки тютюну, де концентрація тютюнового пилу перевищувала гранично допустиму концентрацію (ГДК) на 3,5 мг/м³, а рівень шуму був вище за гранично допустимий рівень (ГДР) на 2-3дБА. II групу – 223 працівника сигаретного цеху, в повітрі якого концентрація тютюнового пилу відповідала ГДК (3мг/м³), але рівень шуму перевищував ГДР на 2-3дБА. III група – 36 робітників складських приміщень та транспортного відділу, де концентрація тютюнового пилу та рівень шуму відповідали вимогам. IV група – 52 працівника інженерної, адміністративної служб та відділу безпеки. Під час роботи працівники IV групи мали підвищену напруженість зору та епізодичний вплив тютюнового пилу і шуму.

Результати: за гендерним розподілом серед працівників тютюнового підприємства чоловіки становили 83% у I групі, 73,5% у II групі, 100% у III групі та 79% у IV групі; жінки – 17% у I групі, 26,5% у II групі та 21% у IV групі. При аналізі вікової структури працюючих відзначено переважання групи 30-49 років. Медіана та інтерквартильний розмах стажу роботи робітників підприємства становили 4 та 3 – 11 років у I групі, 8 та 2 – 14 років у II групі, 6,5 та 1 – 11,5 років у III групі, 8 та 2 – 11 років у IV групі.

За даними медичного огляду визнано здоровими 35% працівників I групи, 38% фахівців II групи, 42% працівників III групи та 48% фахівців IV групи. Серед хвороб робітників тютюнового підприємства перше місце займали хвороби системи кровообігу – 34,6% у I групі, 33,5% у II групі, 22,8% у III групі та 30,4% у IV групі. Хвороби системи кровообігу були представлені нейроциркуляторною дистонією за гіпертонічним типом, ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою I ступеня. На другому місці знаходилися хвороби верхніх дихальних шляхів, такі як хронічний вазомоторний риніт, хронічний субатрофічний риніт, хронічний фарингіт – 42,8% у I групі, 23,5% у II групі, 16,8% у III групі та 12,4% у IV групі. Третє місце займала патологія шлунково-кишкового тракту: хронічний гіперацидний гастрит, виразкова хвороба 12-ої кишки, хронічний холецистит та хронічний панкреатит. Хвороби шлунково-кишкового тракту мали 38,4% робітників I групи, 24,8% працівників II групи, 23,6% робітників III групи та 18,4% працівників IV групи.

Висновки: виявлено тенденцію до зростання частоти хвороб системи кровообігу, ЛОР-органів серед робітників I та II груп.

**ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ – ЯК ДІЄВА СТРАТЕГІЯ
ПРОФІЛАКТИКИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**
**Потяженко М. М., Настрога Т. В., Невоїт Г. В., Кітура О. Є.,
Люлька Н. О., Соколюк Н. Л.**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність: на сьогодні, найбільш дієвими заходами профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) є активне виявлення факторів ризику (ФР).

Мета дослідження: вивчення основних ФР прогресування захворювання у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), з метою розробки персоналізованого підходу - індивідуальної та дієвої стратегії профілактики по дотриманню засад здорового способу життя (ЗСЖ).

Матеріали і методи: в дослідження були включені 40 хворих на ІХС: стенокардію напруги стабільну ФК I (основна група) та 30 практично здорових осіб (контрольна група). Середній вік склав $41,7 \pm 2,4$ р. Групи були співставні за віком та статтю. Діагноз ІХС формулювали згідно з наказом МОЗ № 152. Всі респонденти основної та контрольної групи заповнювали інформовану згоду добровільної участі та надання правдивої інформації, а також опитувальник розроблений дослідниками. Етап «А» включав тестування за опитувальником «сформованість компонентів здорового способу життя» (методика Носова А.Г).

Результати: аналіз результатів рівнів становлення ЗСЖ у хворих на ІХС свідчить про суттєві розбіжності у порівнянні з групою практично здорових. Так, низький рівень (об'єктно-пасивний) – менше 50% виявлено у 15% (6) хворих на ІХС і 12% (3) практично здорових ($p > 0,05$); середній рівень (об'єктно-активний) - у 60% (24) пацієнтів основної групи і 25% (8) - контрольної групи ($p < 0,05$); високий рівень (суб'єктний) - у 25% (10) хворих основної групи і 63 % (19) - контрольної групи ($p < 0,05$). Наведені результати дозволяють стверджувати, що саме спосіб життя є вирішальним в забезпеченні здоров'я людини. При вивченні біоімпедансометричного аналізу тіла у хворих на ІХС (Етап «Б») у порівнянні з групою практично здорових відмічено суттєві розбіжності по наступним показникам: ІМТ - у пацієнтів основної групи становив $29,84 \pm 1,05$ та $26,3 \pm 0,99$ - у практично здорових ($p < 0,05$); вісцеральний жир у пацієнтів основної групи - $9,57 \pm 0,84$ та $7,2 \pm 0,82$ у практично здорових ($p < 0,05$); калораж - $2533 \pm 79,9$ та $1553 \pm 54,9$ ($p < 0,05$).

Висновки: отримані результати свідчать, що метаболічні порушення та ожиріння часто є основним фоном, на якому розвивається і маніфестує ІХС, і тому дотримання засад ЗСЖ є найбільш раціональною та дієвою стратегією в профілактиці ІХС.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ВИКОРИСТАННЯМ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ

Потяженко М. М., Люлька Н. А., Настрога Т. В., Остапчук Ю. А.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність: проблема захворюваності на ішемічну хворобу серця (ІХС) має на сьогодні глобальний характер. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) — основна причина смертності та інвалідності в суспільстві. За останнє десятиріччя ця патологія стала фокусом великого числа клінічних досліджень.

Мета дослідження: оцінка ефективності інгібітора АПФ (зофеноприла) в комбінованій терапії хворих на ГІМ.

Матеріали і методи: дослідження, виконане у 58 хворих в гострому періоді інфаркта міокарда, віком 40 – 65 років. Хворі були розподілені на 2 групи: 1-а (основна) отримувала зофеноприл в середній дозі $0,0075 \pm 0,0025$ г/добу, 2-а – еналаприл в середній дозі $0,00245 \pm 0,0045$ г/добу. Усім хворим призначалась базисна терапія: аспірин-кардіо 0,1 г/добу, клопідогрель 0,075 г/добу, еноксіпарин 1 мг/кг, бісопролол 0,0025 г/добу, розувастатин 0,04 г/добу, нітросорбід 0,01 г/добу. Період спостереження – 6 місяців. Оцінювалися: клінічна ефективність проведеної терапії, гемодинамічні зміни, динаміка електрокардіограми (ЕКГ), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), холтерівське моніторування електрокардіограми (ХМ ЕКГ) і ехокардіоскопія (Ехокс).

Результати: в кінці терміну спостереження в обох групах відзначено поліпшення клінічного стану хворих. При порівнянні результатів двох груп зменшилась елевация сегмента ST, але в першій групі позитивна динаміка сегмента ST спостерігалась на 3-5 добу, а в другій групі – на 4-6 добу. По ЕхоКС регрес маси міокарда лівого шлуночка в першій групі склав 13,5%, в другій групі - 8,5% ($p < 0,05$). Збільшилась фракція викиду у першій групі з 46% до 54%, у другій групі з 45 % до 50% ($p < 0,05$). За даними ДМАТ у всіх хворих відзначено досягнення цільового АТ < 140/90 мм рт. ст. За холтерівським моніторуванням число і тривалість безбольової форми ішемії міокарда зменшилась в першій групі з 45,8% на 42,4% , у другій – з 58,2% на 56,8% ($p < 0,01$).

Висновки: застосування зофеноприла у хворих на гострий інфаркт міокарда має виражений антигіпертензивний, антиішемічний та антиангінальний ефекти, благоприємно впливає на зменшення розмірів порожнини лівого шлуночка, що покращує перебіг ГІМ та зменшує кількість ускладнень гострого періоду.

РОЛЬ ФАКТОРІВ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ КРИПТОСПОРИДІОЗНОЇ ДІАРЕЇ МАНДРІВНИКІВ

Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А., Мірошніченко М. С., Костиця І. А., Похил С. В., Калініченко С. В., Меркулова Н. Ф., Макаренко В. Д.

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

Медичний університет, м. Київ, Україна

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Національний університет ім. В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Мета: дослідити роль та значення факторів вірусної етіології у диференційній діагностиці криптоспоридіозної діареї мандрівників.

Матеріал і методи: клініко - морфологічні, ретроспективний аналіз.

Результати: встановлено, що вірусна діарея як захворювання вірусної природи, характеризувалось переважним ураженням шлунково - кишкового тракту. Клінічна симптоматика відповідала ознакам епідемічного вірусного гастроентериту (кишковий грип). Найчастіше зустрічалась як епідемічні спалахи/ спорадичні випадки, у дітей молодшого віку (від 0 до 3-5 років), іноді дорослих. За даними літератури, епідемічна географія інфекції пов'язана із країнами помірного клімату: США, Франція, Чехія, Польща, Росія, Україна, Австралійський континент, не обов'язково із тваринництвом, фермерством. У 1955 році В.М. Жданов разом із співробітниками Харківського НДІ (нині: ДУ «ІМІ НАМН») виділив патогенний для мишей вірус, культивування якого до цього часу вдалому повтору не підлягало. Збудники вірусної діареї вкрай не стійкі у околицьному середовищі, швидко гинуть. Джерелом інфекції є хвора людина у гострому періоді хвороби; носійство є спірним. Ріст епідемічної активності хвороби - осінньо - зимовий період. Сприйнятливість до діареї - 100 %, захворюваність - від 15 % до 50 %. Тривалість імунітету спірна. Збудник вражав шлунково - кишковий тракт (100,0 %), нервову систему (43,8 %), органи дихання (56,2 % -67, 8 %). Інкубаційний період становив 1-3 доби. Дебют хвороби мав гострий характер, з передвісниками (слабкість, головний біль, різке зниження апетиту). Основними симптомами були нудота, блювота, частий рідкий стул (водянистий, розподіляється з часом на два чітких шари), без домішок слизу та крові. Найпоширенішими скаргами хворих є біль у животі різкого, конвульсивного характеру, що супроводжується підвищенням температури до 38є С. На відміну від криптоспоридіозної діареї у разі діареї вірусної відбувається «гострий катар» верхніх дихальних шляхів (звідки назва «кишковий грип»). Серед симптомів діареї відомі синдром подразненого кишківника, біль у ілео-цекальній області, іноді гепато - спленомегалія.

Висновок: диференційна діагностика криптоспоридіозної діареї мандрівників із вірусною діареєю є обов'язковою.

АНАЛІЗ РІВНЯ ПОЛІАМІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ ОПТИЧНОГО ІМУННОГО БІОСЕНСОРА НА ОСНОВІ ПОВЕРХНЕВОГО ПЛАЗМОННОГО РЕЗОНАНСУ

Прилуцький М. П., * Стародуб М. Ф.

*Національний університет «Києво-Могилянська академія»,
м. Київ, Україна*

**Національний університет біоресурсів і природокористування,
м. Київ, Україна*

Онкологічні захворювання дуже поширені серед населення багатьох країн світу, особливо серед людей середнього та похилого віку. Основна загроза ракових захворювань полягає в складності їх діагностики на ранніх стадіях. Саме тому вкрай важливо шукати, створювати і відпрацьовувати новітні методи діагностики онкологічних захворювань, які дозволили б визначити їх більш точно і в більш короткі терміни.

Мета: розробити метод якісного та кількісного аналізу поліамінів як потенційних пухлинних маркерів в сироватці крові хворих на рак молочної залози з використанням нового методу біосенсорного аналізу на основі ефекту поверхневого плазмонного резонансу.

Матеріали і методи: імунний аналіз, біосенсорний аналіз з попередньою модифікацією аналітичної поверхні біосенсора певними реагентами для кращої орієнтації чутливого шару з антитіл. Методи статистичного аналізу використовували для порівняння результатів досліджень зразків крові пацієнтів з різним віком, розміром пухлини і іншими параметрами.

Результати: проаналізовано 30 зразків сироватки крові, 20 з яких були взяті у пацієнтів, хворих на рак молочної залози, а 10 зразків, взяті у здорових людей і використані в якості контролю. Аналіз зразків сироватки крові проводили з використанням калібрувальної кривої, створеної на основі аналізу розчину поліаміну в концентрації від 10 нг / мл до 1,5 мкг / мл. Це дозволило визначити наявність поліамінів в зразках крові, так і приблизну їх концентрацію, порівнюючи резонансні зрушення кутів на калібрувальній кривій. Згідно з отриманими результатами було визначено, що концентрація поліамінів у хворих на рак молочної залози перевищує фізіологічні рівні поліамінів і знаходиться в діапазоні від 20 до 100 нг / мл. Підвищення рівня поліамінів корелює зі збільшенням розміру пухлини у пацієнтів і незначно з віком пацієнтів.

Висновок: використання нового методу біосенсорного аналізу на основі ефекту поверхневого плазмонного резонансу дозволяє визначити наявність і концентрації поліамінів в діапазоні від 10 нг / мл до 1,5 мкг / мл в зразках сироватки крові пацієнтів з раком молочної залози, що корелює з розміром пухлини і віком пацієнтів.

ОСНОВНІ ПОРУШЕННЯ МОТОРНО–КІНЕТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

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

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

Метою роботи було порівняння зміни тиску в пілоричному та нижньому стравохідному сфінктері у пацієнтів з доброякісною патологією езофагогастроуденальної зони.

Методи і матеріали: дослідження проведено у 66 пацієнтів відділу хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за 2017-2018 рр., репрезентативно поділених на дві групи: I (n=16) – хворі зі стенозуванням дванадцятипалої кишки виразкової етіології (24,2%), II (n=29) – хворі з кілою стравохідного отвору діафрагми (43,9%), III (n=21) – хворі з ахалазією кардії (31,8%). Для дослідження моторної функції стравоходу і тиску на рівні сфінктерів, використовувалася манометрія. Дослідження виконуються пристроєм для вивчення моторики шлунково-кишкового тракту МНХ-01 (захищений а.с. №923521 «Пристрій для дослідження моторики біологічного об'єкта»).

Результати дослідження: встановлено, що у пацієнтів I групи відповідно до патологічних змін в термінальному відділі стравоходу тиск в балоні при проходженні нижнього стравохідного сфінктеру становив (11,99±2,76) мм рт. ст, а значення максимального тиску в балоні під час проходження пілоричного сфінктеру збільшувалось до (68,58±13,49) мм рт. ст. У пацієнтів II групи тиск в балоні при проходженні нижнього стравохідного сфінктеру зростає на (35,18±4,37) мм рт. ст, а значення максимального тиску в балоні під час проходження пілоричного сфінктеру становило (9,07±1,61) мм рт. ст. У пацієнтів III групи тиск в зоні нижнього стравохідного сфінктеру становив – (70,92±9,54) мм рт. ст, а значення максимального тиску в балоні під час проходження пілоричного сфінктеру – (25,45±6,31) мм рт. ст. Так, у пацієнтів третьої групи з ахалазією кардії в зоні зсуження середні показники тиску був у 8 разів більше (p<0,01) ніж у пацієнтів II групи та в 6 разів в порівнянні з аналогічними показниками I групи (p<0,01). У пацієнтів зі стенозом вихідного отвору шлунку тиск чверті пацієнтів II групи з грижами стравохідного отвору діафрагми в зоні кардіального переходу не відмічаються коливання тиску відносно рівня шлунка, що може свідчити про часткове збереження в деяких випадках скоротливої функції нижнього стравохідного сфінктеру.

Висновок: таким чином, за наявної матеріально технічної бази в дослідженнях моторно-кінетичної функції сфінктерного апарату при доброякісній патології езофагогастроуденальної зони (вимір тонуусу сфінктерних зон) для верифікації діагнозу доцільне використання балоннографічних методів манометрії.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Прохорова Е. А.

*Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
г. Харьков, Украина*

Цель – оценить влияние ТЛТ на выживаемость больных с ОИМ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ клинико-anamnestических данных 90 больных с ОИМ, которые находились на лечении в инфарктном отделении ГКМБ №25 в период с декабря 2017 г. по январь 2019 г. В зависимости от проведенной антитромботической терапии больные были разделены на две группы. 1 группу составили больные, которым была проведена ТЛТ в период терапевтического окна (до 3 часов от начала ангинозного приступа). Больным 2 группы – ТЛТ не была проведена. В первую группу вошли 39 больных: 30 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 38 до 69 лет, средний возраст которых составил 56,9 лет, стандартное отклонение (СО) – 8,52, стандартная ошибка среднего (СОС) – 1,36, медиана (М) – 58. Сопутствующей патологией страдали 26 человек: сахарным диабетом (СД) – 4, с гипертонической болезнью (ГБ) – 20; хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) – 2. Во вторую группу вошли 51 больной, 34 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 38 до 69 лет, средний возраст – 57,5 лет, СО – 8,32, СОС – 1,16, М – 58. Из них сопутствующей патологией страдали 50 человек: СД – 10, с ГБ – 37, с ХОЗЛ – 3.

Результаты: обе группы по параметру возраста имеют нормальное распределение, в связи с чем, для их сравнения использовались параметрические методы статистического анализа. Группы по возрасту достоверно не отличаются -критерий Стьюдента (t) = -0,336; $P = 0,738$. Группы достоверных отличий по сопутствующим заболеваниям не имеют. СД критерий $\chi^2=0,845$, $P=0,358$; ГБ $\chi^2=3,437$, $P = 0,064$; ХОЗЛ $\chi^2 =0,096$, $P =0,757$. Приостановленных ИМ в 1 группе было 2. Тяжесть течения ОИМ определяли по степени развития острой сердечной недостаточности (ОСН) по Killip. В первой группе больных с ОСН Killip I выявлено 30 человек, с Killip II – 8, с Killip III – 0, с Killip IV – 1. Во 2 группе: с Killip I – 6, с Killip II – 11, с Killip III – 19, с Killip IV – 15. Для сравнения тяжести течения острого периода ИМ в группах использовали вычисление критерия χ^2 . При сравнении групп $\chi^2 = 46,95$, $P<0,001$. При сравнении двух групп по выживаемости получены следующие результаты: $\chi^2 = 32,66$, $P<0,001$. Полученные результаты, свидетельствуют о более тяжелом течении острого периода ИМ у больных не получивших ТЛТ.

Выводы: при проведении ТЛТ и отсутствия противопоказаний к проведению ТЛТ и наличия терапевтического окна выживаемость больных в первой группе выше чем во второй. При электрокардиографической регистрации наблюдается быстрая положительная динамика развития ОИМ, имеются данные о приостановленном ОИМ.

АССОЦИАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА IRS-1 С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ РАЗЛИЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Псарёва В. Г.

Сумский государственный университет, г. Сумы, Украина

Цель: установление возможных ассоциаций полиморфизма гена IRS-1 с выраженностью различных компонентов метаболического синдрома (МС) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 187 пациентов с АГ в возрасте 45-55 лет. Контрольная группа состояла из 30 лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Проводились исследования биохимических показателей крови, цветное доплеровское картирование, молекулярные генетические исследования (генотипирование полиморфного маркера Gly972Arg гена субстрата инсулинового рецептора (IRS-1)), глюкозотолерантный тест, проба с реактивной гиперемией, антропометрия, определялись уровни адипонектина, СРБ, интерлейкина-6 (IL-6), индекс НОМА.

Результаты: 55,1% пациентов имели абдоминальное ожирение (АО), 33% – гипергликемию натощак, 22,9% – диагностированный менее 2 лет назад сахарный диабет 2 типа, у 70,1% – дислипидемию. Инсулинорезистентность (ИР), оцененная по индексу НОМА, установлена у 67,8% пациентов. Дисгликемия отмечалась у 13,9%, эндотелиальная дисфункция – у 72,7%, а провоспалительное состояние – у 65,8%. Пациенты с артериальной гипертензией имели следующее распределение генотипов IRS-1: Gly/Gly – 47,9%, Gly/Arg – 42,2% и Arg/Arg – 10,7%, тогда как в контрольной группе имелись достоверные отличия в распределении генотипов: Gly/Gly – 86,8% ($p < 0.01$), Gly/Arg – 9,9% ($p < 0.01$) и Arg/Arg – 3,3% ($p < 0.05$). Пациенты основной группы с Arg/Arg и Gly/Arg генотипами имели достоверно более высокие уровни глюкозы ($p < 0,05$), инсулина ($p < 0,05$), НОМА-IR ($p < 0,01$), триглицеридов ($p < 0,05$), чем пациенты с Gly/Gly генотипом. При этом индекс массы тела (ИМТ), объем талии, уровни АД, адипонектина, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), IL-6, СРБ, степень эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД), а также частота встречаемости нарушенной толерантности к глюкозе достоверно не отличались при различных вариантах генотипов IRS-1.

Выводы: частота встречаемости различных вариантов генотипов гена IRS-1 достоверно отличалась у практически здоровых лиц и у гипертензивных пациентов с различными компонентами МС. У гипертензивных пациентов полиморфизмы гена IRS-1 (Arg/Arg и Gly/Arg) ассоциируются с такими компонентами метаболического синдрома, как гипертриглицеридемия и гипергликемия натощак; указанные полиморфизмы не ассоциируются с увеличением объема талии, снижением ЛПВП, провоспалительным состоянием, эндотелиальной дисфункцией и дисгликемией.

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ
ПРИ КАРДІОПУЛЬМОНАЛЬНІЙ КОМОРБІДНОСТІ**
**Псарьова В. Г., *Кочуєва М. М., *Тимченко Г. А., *Заїкіна Ю. О.,
Курочка А. С.**

*Сумський державний університет, м. Суми, Україна
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета дослідження – вивчення стану показників системного запалення у хворих на бронхіальну астму (БА), хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та їх поєднанням (АХП (Астма-ХОЗЛ-Перехрест)) на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ).

Матеріали та методи. Для участі в дослідженні були відібрані 76 пацієнтів з БА, ХОЗЛ та їх поєднанням (АХП) на тлі ГХ (39 чоловіків та 37 жінок), а також 18 хворих на ГХ без супутніх хронічних бронхообструктивних захворювань легень (ХБЗЛ) та 15 здорових добровольців, що становили групу контролю. Захворювання діагностували на підставі даних анамнезу, об'єктивного огляду, спірометрії з виконанням стандартного тесту на зворотність бронхіальної обструкції (ЗБО). Для діагностики АХП використовувалися критерії, рекомендовані спільним документом GINA та GOLD від 2015 року. ХОЗЛ діагностували згідно GOLD 2018 р. Усі пацієнти з АХП та ХОЗЛ мали 2 та 3 ступінь порушення легеневої функції за GOLD. До дослідження залучались пацієнти з ГХ I і II ступеня. Для оцінки стану системного запалення проаналізовано показники вмісту в крові лейкотриєну В4 (LTB4) у обстежених хворих та групи контролю. Отримані дані оброблялися з використанням прикладної програми Statistica.

Результати. Рівень LTB4 у хворих з ГХ суттєво не відрізнявся від контролю, підвищувався у хворих з ХОЗЛ на тлі ГХ ($18,45 \pm 7,18$ пг / мл ($p = 0,0057$)) та багаторазово зростав у хворих з БА ($52,94 \pm 21,54$ пг / мл) і особливо з АХП ($86,75 \pm 32,14$ пг / мл). Таким чином, у сироватці крові хворих на АХП на тлі ГХ спостерігався найвищий рівень LTB4, який істотно перевищував не тільки рівень у групі ХОЗЛ та ГХ, але й у групі БА та ГХ.

Висновки. Поєднання ХБЗЛ та ГХ асоціюється із сумациєю запальних процесів, що ускладнює перебіг захворювань.

**ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ
КАРДИОГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ
З КАРДІОПУЛЬМОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**
Псарьова В. Г.,* Рубан Л. А., Кочуєва М. М.,** Тимченко Г. А.,
Чекмарьова А. М.**

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

**Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків, Україна*

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

Мета: вивчення впливу програми фізичної реабілітації на показники кардіогемодинаміки у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи: у дослідженні брали участь 46 хворих на ХОЗЛ (всі чоловіки) з II ступенем тяжкості обмеження швидкості повітряного потоку (GOLD) в стадії ремісії в поєднанні зі встановленою не менше п'яти років тому ГХ II стадії (ступінь 2) і з клінічними ознаками хронічної серцевої недостатності (ХСН) II функціонального класу (ФК) за класифікацією Нью-Йоркської Асоціації серця (NYHA). В першу групу були включені 25 чоловіків, які впродовж 16 тижнів на тлі базисної медикаментозної терапії проходили курс фізичної реабілітації (ГР₁). До другої групи увійшли пацієнти, які отримували базисну терапію без комплексу методів фізичної реабілітації (21 чоловік, ГР₂). Для підтвердження діагнозу проводилося спірометричне дослідження, одно- і двомірна ехокардіографія, спектральна і тканинна доплер-ехокардіографія. Програма фізичної реабілітації включала лікувальну гімнастику, аутотренінг та дозовану ходьбу. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням статистичного пакета програм «Statistica 6.0».

Результати: у хворих ГР₁, відбулися статистично значущі зниження рівнів систолічного та діастолічного артеріального тиску (САТ та ДАТ), частоти серцевих скорочень ($p < 0,05$). Динаміка рівнів АТ і параметрів ультразвукового дослідження серця у хворих на ХОЗЛ з ГХ в ГР₂ мала односпрямований характер з їх динамікою в ГР₁, однак ступінь динаміки рівнів САТ і ДАТ в ГР₁ перевищувала ступінь динаміки аналогічних параметрів в ГР₂ відповідно в 1,20 і в 1,54 разів, показники систолічної та діастолічної функції ЛШ істотних змін в ГР₁ та ГР₂ не зазнавали.

Висновки: використання програми фізичної реабілітації протягом 16 тижнів на тлі медикаментозного лікування хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГХ сприяє більш вираженим зниженням рівнів САТ і ДАТ у порівнянні з динамікою зазначених показників на тлі базисної медикаментозної терапії без використання засобів фізичної реабілітації.

ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У МЕШКАНЦІВ СІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ

Радомська Т. Ю.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета роботи – проаналізувати розповсюдженість гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед населення сільського регіону на прикладі смт Акимівка Запорізької області.

Методи дослідження: епідеміологічне дослідження було проведено серед мешканців смт Акимівка Запорізької області за допомогою міжнародної методики з використанням адаптованого опитувальника клініки Мейо. Порівняльний аналіз симптомів ГЕРХ проводився з урахуванням вікових груп та статі респондентів. Було опитано 400 мешканців у віці від 17 до 75 років, з них чоловіків – 160, жінок – 240. Статистична обробка результатів здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (StatSoftIns, США).

Результати: аналіз отриманих даних показав, що наявність печії з різною частотою відмічали 49,6% респондентів, печія з частотою 1 раз на тиждень і частіше турбувала 9,1% опитаних, печія з частотою менше, ніж 1 раз на тиждень була у 40,5% осіб. Часта відрижка відмічалася у 3,1% респондентів, рідша – у 15,3%. Розповсюдженість ГЕРХ (печія та/або регургітація 1 раз на тиждень і частіше впродовж останніх 12 місяців) склала 12,2%. Аналіз частоти виявлення ГЕРХ в залежності від статі та віку показав, що розповсюдженість ознак ГЕРХ достовірно збільшується з віком респондентів, тоді як вірогідної різниці між чоловіками та жінками не було.

У більшості учасників нашого дослідження, які відповідали кількісному критерію ГЕРХ, була знижена якість життя. Проте лише 45% з них звернулися до лікаря із скаргами на печію, а інші 55% ігнорували значимість даного симптому або займалися самолікуванням. Препаратами для усунення печії, які приймали респонденти (без урахування адекватності дозування та тривалості прийому) були антациди (19%) та H₂-блокатори (13%), інгібітори протонної помпи використовували лише 4% осіб.

Висновки: таким чином, печію в тій чи іншій мірі відчуває майже половина опитаних мешканців сільської місцевості (49,6%). Клінічні симптоми, які характерні для ГЕРХ, зустрічаються у 12% респондентів. Частота ГЕРХ у цього контингенту достовірно збільшується з віком та не залежить від статі. Відмічено, що більшість пацієнтів недооцінюють печію як прояв хвороби та навіть у разі значної виразності симптому лікуються самостійно. Отримані результати доцільно враховувати при розробці тактики своєчасної діагностики, профілактики та лікування ГЕРХ у повсякденній практиці лікарів різних спеціальностей. З метою профілактики та ранньої діагностики ГЕРХ необхідно покращити інформованість населення про цю хворобу, її прояви та ускладнення, необхідності своєчасного звернення до лікаря як запоруки успішного лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВОДНЕВОГО ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ У ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ

Радомська Т. Ю., *Горбаткова Н. Г., *Салівон-Гончаренко А. А.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

**Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»,*

м. Запоріжжя, Україна

Мета роботи – оцінити ефективність застосування водневого дихального тесту (ВДТ) для діагностики синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР).

Методи дослідження: на базі діагностичного відділення Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» було обстежено 353 пацієнта, середній вік яких склав $35 \pm 2,5$ року, з них жінок було 45%, чоловіків – 55%. Всім обстеженим проводився ВДТ за стандартною методикою на апараті Gastro+ Gastrolyzer (Німеччина) із застосуванням глюкози (326 обстежень), лактулози (10), сорбітолу (12), лактози (5). ВДТ з глюкозою та лактулозою проводився для діагностики СНБР, а з лактозою та сорбітолом – для верифікації непереносимості цих вуглеводів. Статистична обробка результатів здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (StatSoftIns, США).

Результати: серед пацієнтів, яким проводився ВДТ, більшість мала функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (339 осіб), лише у 14 хворих мало місце органічне ураження ШКТ (хронічний гастрит, хронічний панкреатит, постхолецистектомічний синдром, хронічний коліт, дивертикульоз кишківника, цироз печінки тощо). Аналіз результатів ВДТ показав, що СНБР було діагностовано у 83 пацієнтів, що склало 24,5%. Згідно з рекомендаціями Європейської та Американської асоціацій гастроентерологів, ВДТ є «золотим стандартом» діагностики СНБР. Проте ВДТ краще проводити з лактулозою, а не з глюкозою, оскільки дослідження з лактулозою охоплює всі відділи тонкої кишки, а при тесті з глюкозою можливо дослідити тільки проксимальні ділянки тонкого кишківника. Усі хворі з виявленим СНБР отримали лікувальні, дієтичні та профілактичні рекомендації.

Висновки: таким чином, водневий дихальний тест є досить неважким у виконанні, недорогим, неінвазивним та ефективним функціональним методом дослідження діяльності тонкого кишківника, може застосовуватися в амбулаторній практиці для діагностики синдрому надлишкового бактеріального росту, непереносимості вуглеводів та інших функціональних розладів ШКТ.

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ АОРТОАРТЕРІЙТ З ПОСДНАНИМ УРАЖЕННЯМ АОРТИ І АРТЕРІЙ

Радченко А. О., Молодан В. І.

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

Артеріт Такаясу зустрічається переважно у жінок молодого віку, органи мішені – нирки, серце, мозок. Зважаючи на майбутню вагітність, питанню діагностики та запобігання збільшення активності захворювання приділяють велику увагу. На сьогодні немає достовірних клінічних або лабораторних ознак для постановки діагнозу та оцінки активності процесу, біопсії тканин не завжди результативна. Метою роботи стало презентувати клінічний випадок пацієнтки з артерітом Такаясу та оцінити актуальні проблеми ведення пацієнтів з такою патологією.

Пацієнтка, жінка, 1989 р. н.. Поступила зі скаргами на періодичний біль за грудиною, запаморочення, періодичний головний біль, загальну слабкість. Хворіє з 2012 р. ІМТ 26,6 кг/м². АТ 100/80 мм рт. ст., ЧСС 88/хв. Пульс на правій променевій артерії відсутній, послаблений на лівій променевій артерії. Аускультативно шум на аорті та на підключичних артеріях. Клінічний аналіз крові: помірна нормохромна нормоцитарна анемія, ШОЕ 21 мм/год, в сечі без особливостей; біохімічний аналіз крові: СРП 12 мг/л, креатинін 64 мкмоль/л, печінкові проби, ліпідограма, коагулограма без відхилень. ЕхоКГ серця: розширення висхідного відділу аорти, регургітація на аортальному клапані III ступеня. Тиск в ЛА 21,7 мм рт. ст. УЗД нирок та ОЧП без патології. КТ ангіографія торакоабдомінальної частини аорти: розширення висхідного відділу аорти, стеноз артерій. **Діагноз:** Неспецифічний аортоартеріт (хвороба Такаясу) з ураження висхідного відділу аорти та дуги аорти, стеноз правої хребетної артерії 85-90%, стеноз ниркових артерій, стеноз правої загальної сонної артерії 52-56%, в ділянці біфуркації стеноз 69%, стеноз лівої загальної сонної артерії 55-65%, в ділянці біфуркації 68%, активність низька. СН ІІА стадії зі збереженої ФВ ЛШ (62%), ІІ ФК. Хронічна нормохромна нормоцитарна (медикаментозна фолієводефіцитна) анемія, легкого ступеня важкості. **Проведено лікування:** метилпреднізолон 8 мг/добу, метотрексат 20 мг/добу, метопролол 25 мг*2р/добу, фолієва кислота 5 мг/тиждень, нольпаза 20 мг/добу. Після лікування скарги зменшились, стан покращився.

Висновки. Наявні методи візуалізації, КТ та МРТ ангіографія є найбільш важливими діагностичними засобами, що використовуються в повсякденній діагностиці. Актуальною залишається оцінка біохімічних показників запального процесу в організмі, хоча зміни їх рівня в крові не завжди характеризують активність артеріту. З метою контролю запального процесу важливою залишається комплексна оцінка стану пацієнта на основі лабораторних та інструментальних методів досліджень.

СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ПРОФІЛАКТИКИ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

Радченко О. М.

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

Відомо, що печінка значною мірою зумовлює перебіг практично усіх хвороб, передусім соціально значимих. Хвороби печінки змінюють метаболізм ліків та обмежують можливості медикаментозного лікування, що виводить питання профілактики уражень печінки на перший план для усіх пацієнтів.

На підставі тривалих клінічних спостережень ми розробили стратегію та тактику профілактики уражень печінки, яку аналогічно кардіоваскулярній профілактиці можна поділити на етапи: I-оцінка індивідуального сукупного ризику уражень печінки; II-визначення індивідуальних цілей профілактики уражень печінки; III-індивідуальний відбір методів лікування та планування заходів для зниження ризику уражень печінки; IV-моніторинг стану печінки та корекція профілактичних методів. **I етап** полягає у своєчасному виявленні осіб з високим ризиком ураження печінки для здійснення профілактичних заходів, забезпечується повним клініко-лабораторним обстеженням за напрямками: а) ймовірність інфікування вірусами гепатитів, б) надуживання алкоголем; в) загальне медикаментозне навантаження. **II етап** також має проводитись за трьома напрямками: а) оцінка ризику вірусного ураження печінки та повна їх діагностика для визначення потреби у противірусному лікуванні; імунізація; б) обмеження дії алкоголю та інших гепатотоксичних речовин в усіх без винятку дорослих осіб; в) перегляд медикаментозних призначень, особливо в осіб старшого віку та з кардіологічною патологією. **III етап** має розпочинатись з модифікації стилю життя, обмеження застосування медикаментів, визначення потреби та індивідуалізації медикаментозного лікування з врахуванням етіології та стадії ураження печінки. **IV етап** є найтривалішим, потребує оцінки динаміки клінічних та лабораторно-інструментальних критеріїв ефективності лікування, контролю ймовірних побічних ефектів фармакотерапії, освіти пацієнта.

Висновки: профілактика уражень печінки аналогічно кардіоваскулярній має проводитись етапно: I-оцінка індивідуального сукупного ризику уражень печінки; II-визначення ключових індивідуальних цілей профілактики уражень печінки; III-індивідуальний відбір немедикаментозних і фармакологічних методів лікування та планування заходів для зниження ризику уражень печінки; IV-моніторинг стану печінки та ефективності лікування, корекція профілактичних методів. Кожен етап здійснюється за трьома напрямками: вірусне, алкогольне, медикаментозне.

ПОШИРЕНІСТЬ ПОСДНАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З АНЕМІЄЮ

Радченко О. М., Федик О. В.

*Львівський державний університет імені Данила Галицького, Україна,
м. Львів, Україна*

Анемії відносяться до найбільш поширених хвороб, часто виступають супутніми станами, які впливають на перебіг основної патології. Несприятливий вплив анемії на організм зумовлений не тільки гіпоксією, але і зменшенням резистентності до інфекцій, що має особливе значення для запальних хвороб органів дихання. Вплив анемії на клінічний перебіг ХОЗЛ та ефективність його лікування остаточно не вивчені, що зумовило доцільність нашого дослідження.

З метою визначення частоти та характеру анемії у хворих на ХОЗЛ проведено ретроспективний аналіз 470 історій хвороб пацієнтів, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в лікарнях міста Львова.

Виявлено, що у 148/31,6% пацієнтів була наявна анемія, частіше у чоловіків (89/60,1% проти 59/39,9% жінок, $p < 0,05$). Анемія зустрічалась у будь-якому віці: вік хворих з ХОЗЛ та анемією коливався від 30 до 91 років. Але найчастіше анемія діагностувалась серед чоловіків віком 60-75 рр. (40/27,0%), найрідше у молодих осіб 31-40 рр. (3/2,0%, $p < 0,05$). Таку ж тенденцію початку анемії у старшій віковій групі прослідковуємо й у жінок (23/15,5% у віці 60-75 рр. і 2/1,3%, $p < 0,05$ у віці 31-40 рр.). У більшості пацієнтів (76,5%), анемія була нормохромною, у 14,7% - гіпохромна анемія, у 8,82% - гіперхромна; переважно анемія була нормоцитарною (98%), а у 2% визначався мікроцитоз. Найчастіше анемія була легкою 72,3%, у 20,3% пацієнтів - середньої важкості, у 6,8% - важкою, 0,7% - вкрай важкою.

Анемія найчастіше виявлялася у пацієнтів з помірним та важким загостренням ХОЗЛ: 1 ступінь (легке загострення, $ОФВ_1 > 80\%$ – 3/2,0%); 2 ступінь (помірне загострення, $ОФВ_1 50-80\%$ – 73/49,32%), 3 ступінь (важке загострення, $ОФВ_1 30-50\%$ – 65/43,9%), 4 ступінь (вкрай важке, $ОФВ_1 < 30\%$ – 7/4,73%).

Важливо, що лише у 28/18,9% хворих анемія фігурувала у клінічному діагнозі, а, отже, попадала у фокус уваги лікарів, але тільки у 6/4,0% з них проведені додаткові обстеження для встановлення її причини (зокрема, визначений рівень сироваткового заліза). У переважної більшості (120/81,8%) пацієнтів причина її виникнення не встановлена і лікування не проводилось.

Висновки: серед 470 пацієнтів з ХОЗЛ анемія зустрічалася у 31,6%, частіше серед чоловіків, частіше у похилому віці; за характером переважно нормохромна (76,5%) і нормоцитарна (98,0%); не знаходилася у фокусі уваги практичних лікарів.

ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Резуненко О. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи: комплексна оцінка (вплив на частоту нападів стенокардії, психоемоційний стан, толерантність до фізичних навантажень, стан функції скорочення розслаблення міокарда) результатів застосування РТ, як самостійний метод лікування ІХС.

Матеріали та методи: обстежували 48 хворих, з них 32 хворих мали підвищений АТ. Контрольна група 30 здорових людей. Вік хворих 45-65 років. Тривалість захворювання від 1 до 7 років. За тиждень до початку лікування скасовували всі медикаментозні препарати. Психоемоційний стан оцінювали за тестом Спілбергера-Ханіна. Толерантність до фізичних навантажень - велоергоментія. Вибір точок у відповідності за принципом сегментарної інервації серця. Хворим проводили 2-3 курси РТ по 10-12 процедур кожного дня з інтервалами між курсами від 2 неділь до 2 місяців в залежності від самопочуття. Загальна тривалість лікування 3-4 місяці.

Результати та обговорення: під впливом РТ кількість таблеток нітрогліцерину знизилась від 5 до 1 (р 0,05), число нападів стенокардії в день з 4 до 1(р 0,05). Виконання навантажень збільшилось з 3 до 6 хвилин(р 0,05). Рівень тривоги знизився. Достовірно знизився АТ.

Висновки: у хворих з ІХС з АГ має позитивна динаміка функцій скорочення та розслаблення, регресія гіпертрофії міокарда. На фоні гіпотензивного ефекту у хворих ІХС із супутньою АГ відбувається поліпшення інотропно - насосної функції лівого шлуночка.

ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК В СПОРТІ

Резуєнєко О. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Стан репродуктивного здоров'я є невід'ємною частиною здоров'я нації і має стратегічне значення для забезпечення розвитку суспільства. Одним із соціально значущим аспектом збереження репродуктивної функції жінок є медичний. Великі навантаження в спорті можуть негативно впливати на організм спортсменок: негативно вплине на їхнє здоров'я, можливість до виконання важливих функцій жіночого організму – дітородіння. В процесі підготовки спортсменок не враховується така біологічна особливість, як циклічність функцій гіпоталамо-гіпофізарно-оваріально-адреналової системи. У результаті циклічні зміни гормонального статусу організму жінок обумовлює специфіку нейрогормональних регуляцій та координацій функцій всіх фізіологічних систем організму в динаміці менструального циклу. Серед захворювань пубертатного періоду у спортсменок провідне місце займає порушення менструального циклу. У Міжнародній класифікації хвороб хворобливі менструації заковдані терміном дисменорея, який передбачає хворобливість менструацій, які не мають органічної патології. По даним різних досліджень, частота дисменорій складає 50-80%. Сутність механізму впливу голкорефлексотерапії на організм полягає в стимулюючому впливі нейрогуморальних факторів, включаючи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему. У відповідь на реакцію в організмі приймають всі відділи нервової системи, починаючи з рецепторного апарату та сегментарних відділів спинного мозку, включаючи центральні відділи головного мозку. Генералізована реакція організму під впливом на активні точки носить характер реакції адаптації; на фоні цієї загальної реакції розвиваються всі інші реакції організму. Впливаємо на так звану дисменорійну точку (Shmidt), вона знаходиться на середині між точками V52чжи-ши та V25 да-чан-шу (меридіан сечового міхура). Вказана точка парна, визначається пальпацією, при якій визначається болючість. Голку довжиною 6 см вводимо в напрямку до матки та обертаємо до появи передбачуваних відчуттів; спочатку уколоємо найбільш болючу з двох точок, а потім ту ж точку на іншій стороні; дисменорійну точку потрібно седативувати.

**ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АНЕМІЇ ЩОДО ПЕРЕБІГУ
ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ
З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ І
ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК**

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) з хронічною хворобою нірок (ХХН).

Матеріали та методи: Обстежено 100 хворих з анемічним синдромом на тлі ХСН ішемічного генезу й супутньою ХХН. Методологія вивчення предикторних властивостей у хворих з анемією на тлі ХСН при ІХС та ХХН, 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 чутливості – специфічності. 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 регулятор ферокінезу гепсидин сироватки крові (чутливість 94,1 %, специфічність 100 %), розчинний рецептор трансферину (ppTf) (чутливість 94,1 %, специфічність 100 %) і індекс ppTf/ 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 та ХХН прогнозують за наявності рівня гепсидину $\geq 110,02$ нг/мл, ppTf – $\leq 1,23$ мкг/мл, індекса ppTf/ 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 та супутній ХХН є сироватковий рівень гепсидину, сироватковий рівень розчинного рецептора трансферину й індекс ppTf/ log феритина.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ

Ринчак П. І., Заїкіна Т. С., Мидловець В. О., Шишкіна С. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: вивчити дію альфа-ліпоєвої кислоти (АЛК) на клінічні прояви полінейропатії при ЦД 2-го типу.

Матеріали і методи: 25 хворих на цукровий діабет 2-го типу, ускладненого полінейропатією, дані літератури.

Результати: проведено аналіз історій хвороб 25 пацієнтів з діабетичною полінейропатією, які спочатку мали однакові клінічні симптоми (парестезії пальців ніг, більш виражені в нічний час), з середнім стажем ЦД 2-го типу $7 \pm 1,5$ року. 48% із них отримували разом зі стандартним лікуванням вітаміни групи В, інші – додатково АЛК в дозі 600 мг/добу. В групі хворих, які отримували АЛК, покращення самопочуття, а саме, зникнення парестезій пальців ніг, наступало на 5 ± 2 дні раніше, ніж у пацієнтів, які отримували тільки вітаміни групи В.

Висновок: аналізуючи результати ретроспективного дослідження історій хвороб, можна говорити про безперечну користь і вагомий вклад багатогранного механізму дії препаратів АЛК, як вельми ефективного засобу в комплексній терапії для усунення клінічних проявів полінейропатії при ЦД 2-го типу.

КАЛІСТАТИН ЯК БІОМАРКЕР ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Рождественська А. О., Железнякова Н. М.

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

Актуальність. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) являє собою значну загрозу через глобальну розповсюдженість – патологія вражає від 15 до 50% дорослого населення різних країн світу. Прогресування фіброзу печінки та розвиток супутніх метаболічних порушень визначають важкість перебігу захворювання, значне погіршення якості життя та підвищення рівня смертності серед таких пацієнтів. Значну увагу приділяють питанням коморбідності НАЖХП, зокрема, поширеним варіантом поєданого перебігу захворювання є розвиток НАЖХП на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ), розповсюдженість якої у світі становить близько 20-30%. Одним з пріоритетних напрямків наукових досліджень вважається пошук нових біомаркерів для забезпечення ефективної неінвазивної діагностики НАЖХП. Калістатин – ендогенний протеїн сімейства серпінів, провідною роллю якого є обмеження запалення жирової тканини та розвитку окисного стресу – головних ланок патогенезу НАЖХП.

Мета: оцінити можливість використання калістатину в якості біомаркеру для оцінки ступеню важкості та прогнозування перебігу НАЖХП на тлі ГХ.

Матеріали і методи. Аналіз даних проведених досліджень, що передбачали визначення плазматичного рівня калістатину у хворих з порушенням функції печінки, НАЖХП та патологіями серцево-судинної системи.

Результати. Вивчення функцій калістатину дало змогу довести його важливу роль у пригніченні розвитку запалення, оксидативного стресу, фібротичних змін та ангіогенезу, а також здатність зменшувати ступінь вираженості запальних змін в адипоцитах [Frühbeck G, Gómez-Ambrosi J, Rodríguez A.]. Дослідження визначають, що калістатин синтезується у гепатоцитах, тому може бути показником патологічних змін їх функцій [Zhiyun Cheng, Yinghui Lv]. Інгібіторна роль калістатину як протизапального маркера в процесах розвитку фібротичних змін печінки активно вивчається у пацієнтів з цирозом печінки та гепато-целюлярною карциномою [Zhiyun Cheng, Yinghui Lv, Suqiu Pang]. Визначена його безпосередня участь в процесах попередження розвитку метаболічного синдрому, наслідками якого можуть бути ГХ та НАЖХП. Підтверджена гіпотеза про позитивну роль калістатину у регуляції артеріального тиску та стану серцево-судинної системи [Nallagangula KS, Shashidhar KN].

Висновок: Дані провідних досліджень у світі доводять доцільність вивчення біомаркерної ролі калістатину у пацієнтів з коморбідним перебігом НАЖХП та ГХ для подальшої розробки алгоритмів діагностики та прогнозування розвитку фібротичних змін паренхіми печінки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГОНАРТРИТОМ

Ромуз Н. А., Ханюков А. А., Егудина Е. Д.

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
МОЗ Украины», г. Днепр, Украина*

Введение: кинезиологическое тейпирование (КТ) (kinesio-движение, taping-лента) – это метод нанесения специальной эластичной ленты на кожу с целью оказания специфического воздействия на мышечную, нервную и соединительную ткани, который показал свою эффективность в спортивной медицине, но не имеет достаточной доказательной базы у пациентов ревматологического профиля.

Цель: изучение эффективности КТ у больных с гонартритом (ГА).

Материалы и методы: в исследования были включены 60 пациентов (38 мужчин и 22 женщины) с ГА в возрасте $45 \pm 7,5$ лет, которые были разделены на 2 группы методом случайной выборки. 1 группа – 30 пациентов с проведением КТ коленных суставов на протяжении 8 недель (1 раз в 7 дней), которые дополнительно выполняли комплекс физических упражнений динамического характера ежедневно в течении 30 минут и получали SYSADOA терапию и 1 НПВП; 2 группа – 30 пациентов, которые выполняли только физические упражнения 3 раза в неделю в течении 30 минут и получали SYSADOA терапию и 1 НПВП. Критериями включения были: рентген стадия I-II по Kellgren; ИМТ $18,5-30 \text{ кг/м}^2$; интенсивность болевого синдрома по ВАШ 3-7 баллов; сопутствующий диагноз ГБ 1-2 стадии, 1-2 степени с низким и умеренным риском. Параметры оценки эффективности КТ: ВАШ; Ноттингемский профиль оценки здоровья NHP; объем движения коленного сустава (ROM); индекс артрита университетов Западного Онтарио и Мак Мастера (WOMAC score). Приверженность к терапии пациентов с ГБ тестировалась по шкале оценки комплаенса пациентов с ГБ (ШОКП-ГБ). Оценка параметров проводилась в 1-й, 30-й и 60-й дни исследования. Статистический анализ данных проводился с использованием прикладной программы STATISTICA (data analysis software system), version 8.0.

Результаты/обсуждение: по всем исследуемым параметрам значимое улучшение было обнаружено в обеих группах ($p < 0.05$). Однако в 1 группе показатель ВАШ уменьшился в 2 раза, WOMAC – снизился на 40%, а ROM – увеличился на 10% по сравнению с исходными данными, что было достоверно лучше, чем во 2 группе пациентов. ШОКП-ГБ индекс составил 51 – 55 баллов в обеих группах, что соответствовало высокому уровню комплаенса.

Выводы: исследование продемонстрировало высокую эффективность КТ в реабилитации и ведении пациентов с ГА. КТ способствует улучшению качества жизни, уменьшению болевого синдрома, увеличению объема движений у пациентов с ГА.

**СТАН СЕКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ХВОРИХ
З ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ**

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

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

Мета: вивчення факторів агресії і захисту слизової оболонки у хворих з доброякісною патологією езофагогастроуденальної зони.

Методи: обстежено 61 пацієнтів з доброякісною патологією езофагогастроуденальної зони. Середній вік хворих складав (53,9±3,1) роки. Контрольна група 20 пацієнтів. В залежності від нозологічної форми пацієнти були поділені на групи: I група – 16 пацієнтів зі стенозом вихідного отвору шлунка; II – 31 пацієнт з килою стравохідного отвору діафрагми та III – 14 пацієнтів з ахалазією кардії. Шлункову секрецію збирали під час езофагогастроскопічного дослідження. В шлунковому соці визначали: рН, пепсин, глікопротеїни, сіалові кислоти, фруктозу, гексозаміни. Статистична обробка результатів здійснювалася за стандартним пакетом програм SPSS 13.0 for Windows.

Результати: у 53 хворих виявлено переважання гіперацидної та ацидної секреції, що складала 86,9% від усіх обстежених. Підвищені фактори агресії відмічалися у пацієнтів II групи, у яких рН шлункового соку знижувався до 1,4±0,15, що у 1,8 рази ($p<0,01$) менше за значення у контрольній, а активність пепсину зростала 2,3 рази ($p<0,05$). Що стосується кількісного складу захисного фактору глікопротеїнового гелю, то він був не однаковим в усіх досліджених групах. Концентрація глікопротеїнів зростала у пацієнтів I групи в 2 рази ($p<0,01$), а в II групі – в 4 рази ($p<0,01$). Рівень сіалових кислот достовірно вище у всіх обстежених хворих. Тоді як концентрація гексозамінів зменшувалась 1,8 раз ($p<0,05$), а фруктози майже в 8,1 рази ($p<0,001$) у пацієнтів III групи, ніж в контрольній. При аналізі співвідношення факторів агресії та захисту шлункового соку були виділені такі адаптаційно-компенсаторні варіанти: гіперреактивний, компенсаторний та декомпенсаторний. Розподіл у групах за визначеними варіантами показав, що у пацієнтів I групи переважав (у 87,5 %) компенсаторний варіант співвідношень, у II групі (у 87,0 %) – гіперреактивний варіант співвідношень, тоді як у III (у 71,5 %) – декомпенсаторний варіант.

Висновок: дефіцит і диспропорція компонентів полімерних структур слизового гелю призводили до зменшення стійкості глікопротеїнів слизової оболонки у шлунка, а головним ушкоджуючим фактором в формуванні патологічного процесу слизової оболонки езофагогастроуденальної зони є пепсин і H^+ іони.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА ПРОФІЛАКТИКА НАПАДІВ МІГРЕНІ

Рябова О. О., Кашута В. Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Проблема профілактики виникнення нападів мігрені на сьогоднішній день є досить актуальною проблемою. Мігрень займає друге місце по частоті після головного болю напруги. Мігрень виникає в молодому віці, має хронічний перебіг та впливає на різні сторони життя пацієнта: працездатність, взаємини в родині, кар'єрний ріст. Напади мігрені можуть бути причиною тимчасової непрацездатності та завдають значних економічних збитків, що пов'язані з діагностикою та лікуванням мігрені.

Мета: вивчити основні сучасні підходи до медикаментозної та немедикаментозної профілактики мігрені.

Матеріали та методи: проаналізовано статті, сучасні адаптовані клінічні настанови, що ґрунтуються на доказах, уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на мігрень.

Результати: згідно сучасним вітчизняним та іноземним стандартам надання допомоги хворим на мігрень профілактична терапія при мігрені спрямована на попередження нападів мігрені та показана, якщо частота нападів мігрені більше двох місяць; тривалість окремих нападів більше ніж 24 години; головні болі викликають серйозні зміни в способі життя пацієнта, з непрацездатністю, яка триває 3 або більше днів; використання препаратів для купірування нападів мігрені більше ніж два рази на тиждень або неефективність терапії abortивними препаратами. Для попередження нападів мігрені як препарати першої лінії рекомендовано бета-блокатори (пропранолол, атенолол, метопролол), антиепілептичні препарати (вальпроєва кислота, топірамат), трициклічні антидепресанти (амітриптилін). Як препарати другої лінії призначають антагоністи іонів кальцію (флунаризин, верапаміл), селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (циталопрам, флуоксетин, сертралін, пароксетин), людські моноклональні антитіла, специфічні до рецептору кальціонін-ген-зв'язаного пептиду (CGRP) (еренумаб, фреманезумаб і галканезумаб) та міорелаксанти з периферичним механізмом дії (ботулінічний токсин типу А). Вибір препаратів для попередження нападів мігрені також залежить від супутньої патології хворого. У міжприступному періоді хворим на мігрень для попередження розвитку нових нападів рекомендують правильне харчування з дотриманням режиму, обмеження алкоголю, уникнення шуму і мерехтливого світла, сильних запахів, а також стресів і перенапруження, корисними є заняття йогою та медитацією, здоровий сон.

Висновок: проведення сучасної медикаментозної та немедикаментозної профілактики мігрені дозволить зменшити кількість нападів мігрені, знизити інтенсивність болю, поліпшити психоемоційний стан хворого і якість життя.

**ПРОТИЗАПАЛЬНІ ТА ГІПОЛІПІДЕМІЧНІ ЕФЕКТИ
АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ІХС З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
2 ТИПУ ТА РІЗНИМ СТУПЕНЕМ НАДЛИШКОВОЇ ВАГИ**

Рябуха В. В., Ченчик Т. О., Кліменко Т. І.

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

Мета: порівняти вплив аторвастатину на рівні про- та протизапальних цитокінів (інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), С-реактивного білка (СРБ) та показників ліпідного обміну у хворих на ІХС з цукровим діабетом 2 типу (ЦД) та різним ступенем надлишкової ваги.

Матеріали і методи. Обстежено 52 хворих з стабільною формою ІХС з ЦД 2 на тлі стандартної терапії, що містила аторвастатин 20 мг або 40 мг), ацетилсаліцилову кислоту, бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ, метформін чи його комбінацію з препаратами сульфонілсечовини. Обстеження проводилось після 6 місяців стабільної терапії статистичними. Рівні ІЛ-6, ІЛ-10 та СРБ визначали імуноферментним методом, ліпідні показники – ферментативним методом, ІМТ визначали за стандартною формулою.

Результати дослідження. Всі хворі були розподілені за ІМТ на дві групи: 26-29,9 та ≥ 30 . На тлі лікування аторвастатином в обох групах не спостерігалось достовірної різниці в зниженні ЗХС та ХС ЛПНЩ ($p > 0,05$), при цьому у хворих з ІМТ до 30 відмічено достовірне ($p < 0,05$) зниження ТГ у порівнянні з хворими з ІМТ ≥ 30 ($1,62 \pm 0,36$ та $2,99 \pm 0,27$) ммол/л відповідно. Прийом аторвастатину сприяв зниженню рівня ІЛ-6, але достовірної різниці в залежності від ІМТ не відмічено ($4,55 \pm 0,83$ та $5,07 \pm 0,79$) пг/мл, відповідно. У той же час у хворих з ІМТ до 30 рівень ІЛ-10 виявився достовірно вищим, ніж в групі з ІМТ ≥ 30 ($7,38 \pm 1,75$ vs $3,41 \pm 0,29$) пг/мл. Рівні СРБ після 6 міс. терапії аторвастатином в обох групах не мали достовірної різниці.

Висновки. У хворих на ІХС з ЦД2 типу прийом аторвастатину призводив до рівнозначного зниження ЗХС та ХСЛПНЩ незалежно від маси тіла, але рівень ТГ був достовірно нижчим у хворих без ожиріння. У хворих без ожиріння аторвастатин сприяв достовірному підвищенню рівня протизапального ІЛ-10, а рівні запального цитокіну ІЛ-6 не мали достовірної різниці у хворих з надлишковою вагою і ожирінням. Рівень СРБ на тлі прийому аторвастатину не мав достовірної різниці у хворих як з ожирінням так і без нього.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Семеновых П. С., Топчий И. И., Щербань Т. Д., Мазий В. В.,
Якименко Ю. С.

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

Характер поражения сердечно-сосудистой системы при хронической болезни почек разнообразен и включает различные варианты гипертрофии левого желудочка и изменения сосудистой стенки, ведущие к развитию хронической сердечной недостаточности. Однако, до сих пор единого мнения относительно особенностей нарушения структуры и функции сердца при прогрессировании диабетической нефропатии.

Целью работы было изучение структурно-функциональных параметров сердца у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от функционального состояния почек.

Материалы и методы: обследовано 64 больных сахарным диабетом 2-го типа. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Пациенты были разделены на следующие группы: I группа - больные СД 2 типа без признаков нефропатии - с нормальной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и без альбуминурии ($n = 26$), II группа - больные СД 2 типа с нормальной СКФ и альбуминурией ($n = 22$), III группа - больные СД 2 типа с пониженной СКФ и альбуминурией ($n = 18$).

Результаты: выполненные исследования показали, что у больных СД 2 типа с альбуминурией и снижением СКФ обнаружено достоверное ($p < 0,05$) увеличение линейных размеров сердца, а именно толщины межжелудочковой перегородки и толщины задней стенки левого желудочка, по сравнению с контролем и больными СД 2 типа без признаков нефропатии.

По данным эхокардиоскопии, систолическая функция левого желудочка была сохранена у всех пациентов ($ФВ > 45\%$). Однако при межгрупповом анализе отмечена тенденция к снижению данного показателя у больных ДН с альбуминурией по сравнению с контролем и больными первой группы. В группе с пониженной СКФ статистический анализ выявил достоверное уменьшение $ФВ$ по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

Установлено, что при диабетической нефропатии имеет место нарушение диастолической функции миокарда, которое становится более выраженным по мере прогрессирования заболевания.

Выводы: полученные данные указывают на безусловную взаимосвязь структурно-функциональных изменений сердца с прогрессированием почечной дисфункции при СД 2 типа.

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕКА И МИКРОБИОТА: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., *Неффа М. Ю.,
Чернякова А. Е.**

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

**Областной клинический центр радиационной защиты населения,
г. Харьков, Украина*

Цель: оценить возможности ребиоза микробиоты в профилактике и лечении неинфекционных болезней человека.

Материалы и методы: теоретический анализ и обобщение данных научной литературы по изучаемой проблеме.

Результаты: в настоящее время интенсивно изучается роль микробиоты как отдельного органа, «второго мозга» в этиологии и патогенезе ожирения, метаболического синдрома, болезней сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, почек. У пациентов с АГ обнаружено обеднение видового состава микробиоты кишечника, снижение АД, уровень липидов в крови и кардиоваскулярный риск в результате применения пробиотиков. При выраженной АГ и «прегипертензией» имеется сходный состав микробиоты кишечника, что позволяет выделять в качестве группы риска лиц с дисбиозом и разрабатывать соответствующие профилактические мероприятия. Обсуждается «кишечная» гипотеза сердечной недостаточности, при которой в микробиоте обнаружено увеличение количества патогенных бактерий. Микробиота пациентов, страдающих БА, ХОЗЛ, муковисцидозом, болезнями ЛОР-органов, злокачественными опухолями, в отличие от здоровых лиц обеднена и менее разнообразна. При развитии дисбиоза кишечника перспективными терапевтическими и профилактическими стратегиями считаются функциональное питание, назначение пробиотиков, пост – и пребиотиков, трансплантация фекальных масс (ТФМ). Данные об эффективности пробиотиков противоречивы. Имеется большое количество сообщений об успешной ТФМ для коррекции дисбиоза при аутоиммунных болезнях, АГ, сахарном диабете, ожирении, рассеянном склерозе.

Выводы: исследования микробиоты человека открывают новые перспективы для оптимизации лечения и профилактики неинфекционных болезней человека с позиций интегративной сетевой холистической персонализированной медицины.

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ФОНУ НА ПЕРЕБІГ СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ЩО УСКЛАДНЕНА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Середюк Л. В., Вакалюк І. П.

Івано-Франківський базовий медичний коледж, Україна

Мета: вивчити взаємозв'язок психоемоційних розладів в пацієнтів з стабільною ішемічною хворобою серця (СІХС) у поєднанні з фібриляцією передсердь (ФП).

Матеріали і методи дослідження: в дослідження включено 46 пацієнтів з СІХС з та без ФП. Хворі поділені на 3 групи: 1 група - хворі на (СІХС) з постійною формою ФП (обстежено 15 пацієнтів), 2 група - хворі на СІХС з пароксизмальною формою ФП (обстежено 16 пацієнтів), 3 група - хворі на СІХС без ФП (обстежено 15 пацієнтів). Використовували психодіагностичні тести, лабораторно-інструментальні методи дослідження.

Результати: низький рівень стресу превалював в групі хворих з постійною формою ФП у 6 (37,50%) пацієнтів, тоді як у хворих без ФП, він спостерігався в 1 (6,67%) особи ($p_1 < 0,05$) (p_1 – достовірність різниці показників по відношенню до хворих без ФП). Помірний розлад соматизації у жінок з пароксизмальною ФП був достовірно вище, ніж у групі хворих з постійною формою ФП ($p_2 < 0,05$) (p_2 - достовірність різниці показників по відношенню до хворих з постійною формою ФП). За шкалою сприйманого стресу-10 ознаки середнього рівня стресу були у хворих з ФП ($p_2 < 0,05$). Аналіз анкетування за шкалою HADS показав, що серед чоловіків та жінок були субклінічні та клінічні випадки тривоги та депресії, однак без достовірної різниці між даними групами ($p_{1-2} > 0,05$). Серед соціальних факторів, що впливають на здоров'я є вплив засобів масової інформації, вживання алкоголю близькими та рідними, загроза безробіття для близьких і рідних. Ці показники найчастіше зустрічалися у групі хворих з ФП, ніж без неї ($p_2 < 0,05$). Виявлено зміни параметрів ЕКГ, що підтверджують гіпертрофію лівого шлуночка (ЛШ), порушення процесів внутрішньошлуночкової та внутрішньопередсердної провідності, патологічні серцеві аритмії. Дані ЕхоКГ свідчать, що пацієнти з ФП мають набагато гірші показники, ніж хворі без ФП. ($p_{1-2} < 0,05$). У ході дослідження у всіх групах відзначалися зміни показників гомеостазу, які виходили за межі референтних значень ($p_{1-2} < 0,001$).

Висновок: перебіг ФП та виникнення її пароксизму у хворих на СІХС характеризується змінами психоемоційного фону, які включають почуття неспокою, тривоги, страху, внутрішнє напруження та роздратування. Тривожно-депресивні розлади у хворих на СІХС з ФП часто поєднуються з більш суттєвими змінами серцевої гемодинаміки, вираженішим рівнем дисліпідемії та порушенням згортання крові.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕБІКАРУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Середюк Л. В., Вакалюк І. П.

Івано-Франківський базовий медичний коледж, Україна

Мета: оцінити ефективність і переносимість мебікару у хворих стабільною ішемічною хворобою серця (СІХС) з постійною формою фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи дослідження: обстежено 31 хворий з СІХС у поєднанні з ФП. 15 пацієнтів 1а групи отримували базисну терапію іАПФ або сартан, β-блокатор, антикоагулянт, статин. До 1а групи увійшли 16 пацієнтів, які в комплексному лікуванні отримували анксиолітичний препарат мебікар по 500 мг двічі на добу. Хворих обстежили до і після лікування за допомогою психодіагностичних тестів: визначення рівня стресу по шкалі самооцінки психосоціального стресу Рідера, PSS-Perceived Stress Scale-10; тривожно-депресивних станів за допомогою HADS та PHQ9.

Результати: проведений аналіз показав, позитивну динаміку лікування хворих анксиолітичним препаратом мебікаром у чоловіків 1б групи відносно 1а групи ($p^{**} < 0,05$) (p^{**} - достовірність різниці показників після лікування). Високий стрес серед чоловіків з СІХС у поєднанні з ФП (26,67%) відмічався частіше, ніж у жінок (13,33%) ($p^{*} < 0,01$) (p^{*} - достовірність різниці показників до лікування). В цілому 46,67% чоловіків мали клінічно виражену тривожно-депресивну симптоматику ($p^{*} < 0,01$). Продемонстровано імовірну різницю показників депресії у 1б групи після проведеного лікування ($p^{**} < 0,01$). Аналогічна картина була виявлена за вираженістю депресії в 33,33% - відповідно ($p^{*} < 0,05$). Серед жінок з СІХС у поєднанні з ФП у 1а і 1б груп виявлено схильність до субклінічно вираженої тривоги ($p^{*} > 0,05$). Оцінена роль соціальних факторів, серед яких скорочення часу сумісного проведення, вплив засобів масової інформації у відповідних групах обстежених ($p^{*} < 0,05$). Констатовано погіршення взаєморозуміння в обох групах хворих ($p^{**} < 0,01$) після проведеного лікування.

Висновок: у хворих на СІХС у поєднанні з ФП після проведеної психофармакотерапії на основі базової терапії відзначається позитивна динаміка лікування психологічних розладів. Підтверджено, що мебікар являється ефективним анксиолітичним засобом купірування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів, що страждають соматичними захворюваннями. Препарат володіє сприятливим профілем переносимості і високим рівнем безпеки. Враховуючи, високу розповсюдженість психологічних розладів серед пацієнтів представляється доцільним рекомендувати мебікар в якості одного із засобів психофармакотерапії депресивних розладів як в амбулаторній так і в стаціонарній медичній допомозі пацієнта.

**АРТЕРІАЛЬНА ЖОРСТКІСТЬ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНА
ДИСФУНКЦІЯ – КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ
У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПОДАГРОЮ**

Середюк Н. М., Вакалюк І. П., Середюк В. Н., Вацеба М. О.
*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Мета: вивчити особливості артеріальної жорсткості та ендотеліальної дисфункції у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в поєднанні з подагрою.

Матеріали і методи: обстежено 80 хворих на АГ II ступеня, у 62 з яких діагностована супутня подагра, а у 18- ізольована АГ. Всі хворі поділені в дві групи: I група (група порівняння) - 18 хворих на АГ II ступеня; II група (основна група) – 62 хворих на АГ II ступеня з ожирінням. Аналізували динаміку індекса жорсткості аорти (ІЖА), товщину інтимо-медіального комплексу (ТІМК, мм) та значення ендотелій-залежної вазодилатації (ЕЗВД) та САVI-маркера (cardio-ankle vascular index).

Результати: в основній групі хворих, спостерігались достовірно вищі показники ІЖА, ТІМК, ET-1, ШППХ та САVI - маркера, ніж у хворих без супутньої подагри. Неприятливий вплив, за обчисленням відношення шансів (OR 95% CI) щодо перебігу досліджуваної патології, мають всі показники, які прямо (ET-1, ЕЗВД), так і опосередковано через підвищення ШППХ, САVI-маркера, або посилення ригідності (ІЖА, ТІМК) погіршують функцію судинної стінки.

Висновок: клініко-патогенетичні та функціональні аспекти ендотеліальної дисфункції та артеріальної жорсткості недостатньо вивчені у хворих з АГ та подагрою. Зміни артеріальної ригідності та ендотеліальної дисфункції можуть мати не тільки прогностичне значення, але і враховуватись при виборі терапевтичних підходів до лікуванні даної групи хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНУ РЕЦЕПТОРІВ, АКТИВУЮЧИХ ПРОЛІФЕРАЦІЮ ПЕРОКСИСОМ (PPAR_γ) У ХВОРИХ НА ІХС В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Серік С. А., Комір І. Р., Бондар Т. М., Ченчик Т. О.

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

Мета дослідження: встановити особливості експресії гена PPAR_γ у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2 типу).

Матеріал і методи: обстежено 103 хворих на стабільну ІХС, серед яких у 53 діагностовано ЦД 2 типу. Групу контролю склали 15 практично здорових пацієнтів. Експресію гена PPAR_γ у моноцитах оцінювали шляхом проведення кількісної ПЛР. Визначали глікований гемоглобін (HbA1c) – імуноферментним методом. Для визначення інсулінорезистентності обчислювали індекс НОМА IR (Homeostasis Model Assessment Insulin Resistance). Хворих з ЦД 2 типу та хворих без ЦД 2 типу розподілили на підгрупи по медіані рівнів експресії гена PPAR_γ, яка склала 1,5 для групи з ЦД 2 типу та 1,4 для групи без ЦД 2 типу.

Результати: у хворих на ІХС з ЦД 2 типу спостерігалась достовірне збільшення рівня експресії гена PPAR_γ ($2,79 \pm 0,31$) по відношенню до групи хворих на ІХС ($2,21 \pm 0,32$) та хворих групи контролю ($1,91 \pm 0,18$) ($p < 0,05$). Достовірної різниці між групами хворих на ІХС без ЦД 2 типу та групою контролю виявлено не було ($p > 0,05$). Аналіз показників індексу НОМА-IR в групі діабету в залежності від рівня експресії гена PPAR_γ показав, що високий рівень показників експресії гена PPAR_γ супроводжується збільшенням інсулінорезистентності. Так, при рівні експресії гена PPAR_γ $\geq 1,5$ значення НОМА ($12,36 \pm 1,31$) були вирогідно вище, ніж при рівні експресії гена PPAR_γ $< 1,5$ ($8,93 \pm 1,15$) ($p < 0,05$). За рівнями HbA1c в обох підгрупах хворих на ЦД 2 типу вірогідної різниці не спостерігалось: при рівні експресії гена PPAR_γ $\geq 1,5$ значення HbA1c ($6,93 \pm 0,39$), при рівні експресії гена PPAR_γ $< 1,5$ ($7,02 \pm 0,36$) ($p > 0,05$). В групах хворих без ЦД 2 типу в залежності від рівня експресії гена PPAR_γ вірогідної різниці в показниках індексу НОМА-IR та HbA1c не спостерігалось: при рівні експресії гена PPAR_γ $< 1,4$ значення HbA1c ($5,94 \pm 0,33$), індексу НОМА-IR ($5,93 \pm 1,52$), а при рівні експресії гена PPAR_γ $\geq 1,4$ - ($5,63 \pm 0,12$), індексу НОМА ($5,97 \pm 0,81$), ($p > 0,05$).

Висновки: експресія гена PPAR_γ при поєднанні ІХС з ЦД 2 типу була достовірно вищою, ніж у хворих без ЦД 2 типу і в групі контролю. У хворих з ЦД 2 типу збільшена експресія гена PPAR_γ асоціювалась з достовірним наростанням інсулінорезистентності при відсутності змін в показниках HbA1c, тоді як у хворих без ЦД 2 типу залежності між рівнями експресії гена PPAR_γ і рівнями інсулінорезистентності та глікемії виявлено не було.

РІВНІ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ-А ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ГЛЮКОМЕТАБОЛІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОСДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О.

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

Мета роботи: вивчити рівні васкулоендотеліального фактору росту-А (ВЕФР-А) та їх взаємозв'язок з глюкометаболічними показниками у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з цукровим діабетом 2 типу (ЦД).

Матеріали та методи: обстежено 62 хворих на ІХС з ЦД та 45 хворих на ІХС без ЦД. Групу контролю склали 15 здорових осіб. Всім пацієнтам визначали рівні ВЕФР-А, глюкози крові натще, глікованого гемоглобіну (HbA1c), інсуліну, загального холестерину, тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності, розраховувалися холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та індекс інсулінорезистентності НОМА-ІR.

Результати: рівень ВЕФР-А у хворих на ІХС достовірно перевищував показники групи контролю ((82.08±5.78) пг/мл), як у пацієнтів з ЦД ((391.76±18.76) пг/мл), так і без ЦД ((338.97±19.83) пг/мл) ($p < 0,0001$). У хворих на ІХС з ЦД рівень ВЕФР-А був значуще вищим, ніж у хворих без ЦД ($p < 0,05$). Для оцінки впливу глікемії на рівень ВЕФР-А пацієнти з ЦД були розділені на три групи, в залежності від тертільних значень HbA1c, які склали: 1 тертіль - HbA1c ≤ 6,20%, 2 тертіль - 6,20% < HbA1c < 7,81%, 3 тертіль - HbA1c ≥ 7,81%. Встановлено, що найнижчий рівень ВЕФР-А відмічався у 2 тертілі хворих ((357.92±28.54) пг/мл), який не відрізнявся від хворих без ЦД ($p > 0,05$). Найвищий рівень ВЕФР-А був у пацієнтів з 3 тертіля ((443.76±40.18) пг/мл) і був достовірно вищим, ніж хворих з 2 тертіля ($p < 0,05$). Рівні ВЕФР-А у пацієнтів з 1 ((427.24±47.34) пг/мл) і 3 тертілів були значуще вищими, ніж у хворих без ЦД ($p < 0,05$). Оцінка рівнів ВЕФР-А в залежності від тертільних значень індексу НОМА-ІR показала, що достовірних відмінностей у рівнях ВЕФР-А між групами пацієнтів з 1, 2 і 3 тертілей не було (((408,96±31,53) пг/мл), ((413,88±48,65) пг/мл) та ((420,73±29,87) пг/мл), відповідно) ($p > 0,05$), хоча відмічалась тенденція до збільшення рівнів ВЕФР-А від 1 до 3 тертілю. Рівні ВЕФР-А у хворих з 1, 2 та 3 тертілів були достовірно вищими, ніж у пацієнтів з ІХС без ЦД ($p < 0,05$). Тільки в групі хворих на ІХС без ЦД були встановлені кореляційні зв'язки між рівнем ВЕФР-А та ліпідними показниками: позитивний з ХС ЛПНЩ ($r = 0,328$; $p < 0,05$) та негативний з рівнем ТГ ($r = -0,372$; $p < 0,01$).

Висновки: у хворих на ІХС та ЦД рівень ВЕФР-А значуще вищий, ніж у хворих без ЦД і групі контролю. У хворих на ІХС з ЦД підвищення рівня HbA1c і ВЕФР-А має J-подібний характер: рівні глікемії нижче або вище помірних значень асоціюються з підвищенням рівнів ВЕФР-А. Взаємозв'язків рівня ВЕФР-А з індексом НОМА-ІR та ліпідними показниками у хворих на ІХС з ЦД не встановлено.

ШЛУНОЧКОВІ ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Серік С. А., Строна В. І., Горб Ю. Г.

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

Мета: вивчити структуру і частоту виникнення шлуночкової екстрасистолії (ШЕ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу зі збереженою фракцією викиду (ФВ) і визначити зв'язок градації ШЕ з структурно-функціональними змінами лівих камер серця.

Матеріали і методи: обстежено 46 пацієнтів з ІХС (стабільна стенокардія напруги II-III функціонального класів) та ЦД 2 типу зі збереженою ФВ (> 45% за методом Simpson) в віці від 52 до 68 років (в середньому 59,3±3,2 роки, 20 жінок і 26 чоловіків). Всім пацієнтам проводився тест шестихвилинної ходьби (ТШХ), ехокардіографічне дослідження в спокої на апараті Vivid 3(США), 24-годинне холтеровське моніторування ЕКГ. Ехокардіографічні вимірювання і розрахунки виконувалися відповідно до рекомендацій Європейської асоціації серцево-судинної візуалізації (ЕАСВІ). Розраховували індексовані до площі поверхні тіла кінцево-діастолічний об'єм (КДО), об'єм лівого передсердя (ОЛП) і індекс маси міокарда ЛШ (ІММЛШ). Визначались показники трансмітрального кровотоку: пікові швидкості раннього (Е), пізнього (А) діастолічного наповнення і їхнє співвідношення (Е/А). Для оцінки ШЕ застосовувалася класифікація В. Lown и М. Wolf в модифікації М. Ryan і співавт(1975).

Результати: за результатами добового моніторування ЕКГ ШЕ була зареєстрована у 37 (80,4%) пацієнтів. 21 з обстежених (45,6%) мав ШЕ I градації, 5 хворих (10,9%) - ШЕ II градації, 12 (26,1%) - ШЕ III градації, 8 (17,4%) - ШЕ IVa градації. Достовірна кореляція визначалася між градацією ШЕ і низкою ехокардіографічних показників: ОЛП, ІММЛШ і КДО (відповідно $r=0,25$, $r=0,35$, $r=0,30$, у всіх випадках $p<0,01$). Кореляційні зв'язки градації ШЕ з пройденою дистанцією за результатами ТШХ і показником Е/А не мали достатньої достовірності (відповідно, $r = -0,10$ і $r = 0,10$, $p > 0,05$).

Висновки: у переважної більшості (80,4%) хворих ІХС з збереженою ФВ та ЦД 2 типу спостерігається шлуночкова екстрасистолія, більш високі градації якої реєструються при розширенні лівих камер серця, гіпертрофії лівого шлуночка і прогресуванні діастолічної дисфункції.

ЗМІНИ ДОБОВОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

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 хронічною серцевою недостатністю (ХСН) 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 при розвитку ХСН.

Мета дослідження – визначити зміни добової ВСР і оцінити їх значимість при розвитку ХСН у хворих на ІХС.

Об'єкт і методи: обстежено 130 учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи з ІХС II та III ФК, серед них 45 були з ХСН. Для дослідження добової ВСР використана система "DiaCard-II" (Україна) з оцінкою статистичних і спектральних показників. Статистичний аналіз виконували за допомогою пакету програм Microsoft Excel 2007.

Результати: встановлено закономірне зменшення більшості статистичних і спектральних показників при розвитку ХСН у хворих на ІХС. Зменшення стандартного відхилення NN інтервалів (SDNN) склало 9,0 % ($p < 0,01$), відсотка сусідніх NN інтервалів, різниця між якими перевищує 50 мс (pNN50%) – 12,1 % ($p < 0,05$), коефіцієнт варіації (CV) – 10 % ($p < 0,01$). Загальна потужність спектру (TP) на 573 мс² (18 %) ($p < 0,01$) була меншою. Зміни потужності в діапазоні дуже низьких частот (VLFp) складала у середньому 286 мс² (15,9 %) ($p < 0,01$). Потужність у діапазоні низьких (LFp) і високих (HFp) зменшувалась по відношенню до даних при неускладненій ГХ на 26 % ($p < 0,01$) та 17 % ($p < 0,01$) відповідно. Відношення LF/HF при ІХС з ХСН в 75 % характеризувало перевагу симпатичної активності.

Висновок: приведені дані свідчать, що розвиток ХСН у хворих з ІХС супроводжується закономірним зниженням ВСР зі змінами більшості статистичних і всіх спектральних показників. Найбільш закономірним було зменшення SDNN, pNN50%, CV і TP. Встановлена кореляційна залежність між функціональним класом ХСН з SDNN, VLF, LFp, HFp, це дає підстави використовувати їх для визначення ризику прогресування ХСН.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи – дослідити взаємозв'язок між показниками вуглеводного та ліпідного обмінів у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи: комплексно обстежено 105 пацієнтів на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу, Хворі були поділені на дві групи. До основної групи увійшло 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу, групу порівняння склали 30 хворих на ІХС без діабету. Визначення вмісту глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) проводили з використанням комерційної тест-систем фірми «Реагент» (Україна). Рівень глюкози визначали глюкозооксидантним методом у капілярній крові, взятої натщесерце. Концентрацію інсуліну визначали імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи «INSULIN ELISA KIT» виробництва фірми «DRG» (Німеччина). Використовували індекс інсулінорезистентності НОМА (Homeostasis model assessment), який розраховували за формулою: $\text{інсулін (мОД / мл)} \times \text{глюкоза натще (ммоль / л)} / 22,5$. Визначення показників ліпідного профілю, а саме рівень загального холестерину (ЗХС) ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), рівня тригліцеридів (ТГ), проводили за стандартною біохімічною методикою. Розрахунок коефіцієнта атерогенності (КА) проводили за формулою Клімова А.М.: $КА = (\text{ЗХС} - \text{ЛПВЩ}) / \text{ЛПВЩ}$; рівень ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) = $\text{ТГ} / 2,2 \times 0,45$, (ммоль / л); рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) = $\text{ЗХС} - (\text{ЛПДНЩ} + \text{ЛПВЩ})$, (ммоль / л).

Результати: між усіма показниками вуглеводного та ліпідного обмінів виявляються достовірні зв'язки. Однак, їх характер у групах залишається різним. Визначено прямі кореляційні зв'язки між глюкозою та ЗХС ($r=0,32$, $p<0,05$), ТГ ($r=0,41$, $p<0,05$), ХС ЛПНЩ ($r=0,45$, $p<0,05$), ХС ЛПДНЩ ($r=0,38$, $p<0,05$) та КА ($r=0,42$, $p<0,05$); HbA_{1c} та КА ($r=0,36$, $p<0,05$), ХС ЛПНЩ ($r=0,32$, $p<0,05$) та ЗХС ($r=0,29$, $p<0,05$) (табл.3.5). Проте найсильніші прямі кореляційні зв'язки було встановлено між інсуліном та ТГ ($r=0,86$, $p<0,05$), ХС ЛПДНЩ ($r=0,81$, $p<0,05$); між індексом НОМА та ХС ЛПДНЩ ($r=0,82$, $p<0,05$). Зворотні кореляційні зв'язки - між рівнем глюкози та ХС ЛПВЩ ($r=-0,29$, $p<0,05$), але більш сильні визначалися між ХС ЛПВЩ та інсуліном ($r=-0,80$, $p<0,05$), індексом НОМА ($r=-0,83$, $p<0,05$).

Висновок: поєднання розладів вуглеводного і ліпідного обміну посилює негативний вплив цукрового діабету на клінічний перебіг ішемічної хвороби серця у хворих при коморбідній патології.

ВПЛИВ СОРТИЛІНЕМІЇ НА ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Сипало А. О., Паштіані Р. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи – оцінити вплив сортилінемії на показники кардіогемодинаміки у хворих при коморбідній патології ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи: комплексно обстежено 105 пацієнтів на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Хворі були поділені на дві групи. До основної групи увійшло 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу, групу порівняння склали 30 хворих на ІХС без діабету. Дослідження впливу сортилінемії на показники кардіогемодинаміки проводилось шляхом розподілу хворих основної групи на підгрупи в залежності від рівня сортиліну: так до першої підгрупи увійшли хворі на ІХС з супутнім ЦД 2 типу з рівнем сортиліну у сироватці крові нижче 228,56 нг/мл (n=38), до другої – з рівнем сортиліну у сироватці крові вище 228,56 нг/мл (n=37). Усім хворим було проведено ЕХО-КГ дослідження за стандартною методикою (Х.Фейгенбаум, 1999) на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). У М–режимі визначали наступні параметри ЛШ: кінцевий діастолічний розмір (КДР) (см), кінцевий систолічний розмір (КСР) (см), товщину задньої стінки (ТЗСЛШ) (см), товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП) (см). Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) і систолічний об'єм (КСО) (мл) ЛШ розраховували за методом Simpson (1991), після чого обчислювали фракцію викиду (ФВ) ЛШ (%). Масу міокарда ЛШ (ММЛШ) обчислювали за формулою R. Devereux і співавт.: $1,04 \times [(ТМШП + ТЗСЛШ + КДР)^3 - (КДР)^3] - 13,6$. Також визначали розмір ЛП (см) та аорти (см).

Результати: співставлення показників кардіогемодинаміки в групах показало, що достовірних відмін не було виявлено ($p > 0,05$): пропорційно рівню зростання сортилінемії відбувалося збільшення таких показників як систолічного артеріального тиску, діастолічного артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, пульсу, КДО, КСО, КСР, КДР, ТЗСЛШ та аорти. Лише за двома показниками виявлена різниця, а саме за ФВ та ТМШП у хворих на ІХС та ЦД 2 типу з нижчим рівнем сортиліну перевищувала таку у хворих з вищим рівнем сортиліну на 2,7%, та 2,2 % відповідно ($p < 0,05$).

Висновок: отримані дані дозволяють припустити значний вплив рівня сортиліну на структурне ремоделювання міокарда лівого шлуночка у хворих при коморбідній патології ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Ситіна І. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити функціональний стан нирок у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в порівнянні з хворими з коморбідністю ГХ і цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали, методи: обстежено 50 хворих на ГХ та ЦД 2 типу, які склали основну групу, 60% – жінок, медіана віку – 60 [52; 66] років та 40% – чоловіків, медіана віку – 57 [48; 62] роки. Групу порівняння становили хворі на ГХ (n=46) – 69% жінки, медіана віку – 62 [56; 65] років, та 31% чоловіки з медіаною віку – 61,5 [55; 64] роки. Група контролю – 30 здорових осіб, співставних за віком та статтю. Вивчали рівень креатиніну та сечовини у сироватці крові, з наступним обчисленням швидкості клубкової фільтрації (ШКФ) за формулою Cockcroft-Gault

$$\text{ШКФ} = \frac{(140 - \text{вік (роки)}) \times \text{маса тіла (кг)}}{810} \times \text{креатинін крові (ммоль/л)}$$

Результати: основна група характеризувалась помірним підвищенням рівню креатиніну – 80 [60; 105] мкмоль/л, у жінок – 79 [53; 96] мкмоль/л, у чоловіків – 89 [67; 122] мкмоль/л, рівень сечовини становив – 6,1 [4,4; 7,9] моль/л. При визначенні за формулою Cockcroft-Gault, ШКФ (по групі) становила – 102,5 [75,4; 153,6] мл/хв/1,73м², у жінок – 91,8 [68,5; 125,8] мл/хв/1,73м², у чоловіків – 137,3 [103,1; 241,1] мл/хв/1,73м². При розподілі за ШКФ, виявлено, що 38% хворих мали нормальну ШКФ, 28% хворих характеризувались гіперфункцією нирок, 34% мали незначне зниження та 6% характеризувались помірним зниженням. В групі порівняння значення креатиніну та сечовини були в межах цільових значень – 77 [40; 85] мкмоль/л, у жінок – 61 [33; 86] мкмоль/л, у чоловіків – 89 [67; 122] мкмоль/л, сечовина – 5,6 [4,6; 7,8] моль/л. При міжгруповому аналізі не відзначено статистично достовірної різниці з основною групою (p=0,8). При аналізі ШКФ, за формулою Cockcroft-Gault, виявилось, що незначно знижену ШКФ мають 28% хворих, 10% осіб характеризувались підвищеною ШКФ та 62% осіб мали нормальну ШКФ.

Висновок: хворі з гіпертонічною хворобою при наявності супутнього цукрового діабету 2 типу характеризувались тенденцією до креатинінемії та зниженням швидкості клубкової фільтрації нирок у 1,6 разів в порівнянні з хворими на гіпертонічну хворобу без глюкометаболических порушень.

ОЦІНКА ПОШИРЕНOSTІ ФАКТОРІВ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ СЕРЕД ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Сікало Ю. К., Журавльова Л. В., Федоров В. О., Олійник М. О.,
*Срахторіна Н. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна;

**КНП ХОР «ОКЛ», м. Харків, Україна*

Відомо, що хронічні запальні захворювання суглобів значно підвищують ризик розвитку серцево-судинної патології. Водночас, серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією із головних причин смертності серед пацієнтів ревматологічного профілю. Існує проблема раннього та своєчасного виявлення ССЗ через їх маломаніфестний перебіг. Тому ретельна оцінка факторів високого кардіоваскулярного ризику - дисліпідемії, гіперглікемії, атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, ожиріння, ІХС – є важливою складовою персоніфікованого підходу в ефективній діагностиці, лікувальній тактиці та профілактиці пацієнтів ревматологічного профілю.

Мета дослідження - встановити поширеність дисліпідемії, гіперглікемії, артеріальної гіпертензії (АГ), ожиріння, обтяженої спадковості та шкідливих звичок серед хворих на ревматоїдний артрит (РА).

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 55 пацієнтів з РА, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні КНП ХОР "ОКЛ" м. Харкова за період 2017-2018 років. Серед обстежених, чоловіків було 15 (27%), жінок - 40 (73%), середній вік - $53,8 \pm 1,8$ років, тривалість хвороби $7,3 \pm 5,1$ років, серопозитивність за РФ - 40 (73%) осіб, активність за DAS_{28} - $5,1 \pm 0,9$. Оцінювали показники ліпідного обміну (рівні холестерину, ліпопротеїдів високої та низької щільності), вуглеводного обміну (глюкоза крові, HbA1c) артеріальний тиск, індекс маси тіла (ІМТ), особливості анамнезу.

Результати: гіперхолестеринемія виявлена у 36 хворих (65%), та з-поміж них, у 31 особи (86%) встановлено підвищення рівнів ліпопротеїдів низької щільності. Гіперглікемія спостерігалася у 6 обстежених (10,9%), середнє значення HbA1c становило 6,3%. На АГ страждало 29 осіб (52,5%): АГ 1 ступеня у 14 (25,5%), АГ 2 ступеня - у 10 (18%), АГ 3 ступеня - у 5 (9%) хворих на РА. Ожиріння та/або абдомінальне ожиріння визначалося у 11 хворих (20%). Середнє значення ІМТ склало $26,3 \pm 6,6$ кг/м². В анамнезі, у 2-х пацієнтів (3,6%) було гостре порушення мозкового кровообігу, у трьох (5,5%) - інфаркт міокарду. Про паління повідомило 12 осіб (21,8%).

Висновок: отримані результати вказують на широку поширеність факторів високого ризику кардіоваскулярної патології серед хворих на РА. Моніторинг та корекція параметрів ліпідного обміну дозволить своєчасно виявити атеросклеротичне ураження та провести профілактичні заходи щодо подальшого розвитку ССЗ, за умови раціональної протизапальної терапії.

КИШКОВА МЕТАПЛАЗІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ: ПОШИРЕНІСТЬ І ВАРІАНТИ ЗА ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЇ З РЕЖИМАМИ ЗБІЛЬШЕННЯ І ВУЗЬКОСМУГОВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ

Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Петішко О. П.

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

Мета: оцінити поширеність кишкової метаплазії (КМ) слизової оболонки (СО) шлунка (Ш) у хворих на атрофічний гастрит (АГ) за даними ендоскопічного дослідження (ЕД) з режимами збільшення і вузькосмугової візуалізації (NBI).

Матеріали і методи: ЕД СО Ш за допомогою відеоендоскопічної системи Olympus EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія) проведено 120 хворим на АГ (51 чоловік, 69 жінок, середній вік $(58,8 \pm 1,8)$ років). КМ діагностували при ЕД в режимах збільшення і NBI при виявленні вогнищ з гребенеподібною або тубуловільозною мікроструктурою, що у значній кількості випадків супроводжувалось позитивним симптомом LBS (light blue crests), і було підтверджено гістологічним дослідженням. Поширеність КМ вивчали за топографією: антральний відділ, тіло Ш, дифузно (мультифокально).

Результати: КМ СО Ш діагностовано в 104 пацієнтів (86,7 %) і в усіх випадках підтверджено морфологічно. КМ, обмежена антральним відділом Ш, виявлена в 23,3 % хворих, з локалізацією тільки в тілі Ш – в 3,4 %, мультифокально – в 60,0 % випадків. При аналізі поширеності КМ в Ш було визначено, що в антральному відділі Ш КМ переважно розташовувалась в препілоричній зоні, потім поширювалась в проксимальному напрямку в тіло Ш, де спочатку охоплювала малу кривизну (т.з. «доріжка Вальдейера»), потім - передню і задню стінки, і в останню чергу – велику кривизну Ш.

При вивченні поширеності А і КМ виявлено, що частота КМ була суттєво вищою при дифузній атрофії СО Ш (98,2 %), в порівнянні з її частотою при А, обмеженої антральним відділом Ш (75,4 %) ($p < 0,05$).

Нами відмічено кілька ендоскопічних варіантів КМ: частіше зустрічався пласкозаглиблений варіант КМ (49,0 %), пласко-піднятий (23,1 %), плаский (13,5 %) і змішаний (14,4 %). Плаский та пласко-заглиблений варіанти КМ, на нашу думку, є етапами одного направлення, на відміну від підвищеного варіанту. При співставленні даних ЕД зі збільшенням і вузькосмуговою візуалізацією з результатами гістологічного дослідження залежності ендоскопічних варіантів КМ від типу КМ не виявлено.

Висновки: отримані результати свідчать про високу ефективність ЕД з режимами збільшення і NBI у діагностиці КМ, а також про те, що КМ у хворих на АГ, як правило, поширюється в антро-кардіальному напрямку, а розвиток її прямо пов'язаний з поширенням атрофії СО Ш.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Скирда І. Ю., Петішко О. П., Зав'ялова І. Ю.

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

Мета: визначення особливостей динаміки та співвідношення показників поширеності та захворюваності на хвороби органів травлення (ХОТ) в Україні.

Матеріал та методи: в роботі застосовувалися структурно-логічний аналіз і клініко-статистичний метод. Вивчення показників проводилося на підставі аналізу матеріалів офіційної статистики Центру медичної статистики МОЗ України протягом 2014-2017 років та в розрізі адміністративних територій.

Результати: частка ХОТ у загальній структурі поширеності за класами хвороб серед всього населення у 2017 р. складає 9,8% і посідає 3 місце (усього 43 нозології), у структурі захворюваності – 4,1% та займає 7 місце. Індекс накопичення хвороб за класом ХОТ серед дорослого населення України за 4 роки зріс на 3,4%. На гастроентерологічні захворювання страждають всі вікові групи населення – особи працездатного віку, літні й старі, діти та підлітки. Так, серед дорослого населення у структурі поширеності гастроентерологічні захворювання посідають третє місце, серед дітей та підлітків – друге. ХОТ розповсюджені майже з однаковою частотою серед дорослих (38,1%) та підлітків (41,0%), вдвічі менша частота їх поширення серед дітей (20,9%). Більшість пацієнтів з гастроентерологічною патологією у 2017 р., як і в попередні роки, знаходиться в працездатній групі населення (57,5% – в структурі поширеності), особи похилого віку складають 31% в структурі захворюваності на ХОТ. Розповсюдженість ХОТ серед міського населення у 2 рази вища, ніж серед сільського (68,6% проти 31,4%). Найбільший показник захворюваності у 2017 р. (понад 4 тис. на 100 тис. населення) відмічено в Закарпатській, Івано-Франківській та Рівненській областях; найменший (нижче 2 тис. на 100 тис. населення) зареєстровано в Луганській, Запорізькій та Херсонській областях. За найвищою поширеністю (понад 22 тис. на 100 тис. населення) відрізняються Дніпропетровська, Київська та Чернігівська області; найнижчою (менше 12 тис. на 100 тис. населення) – Запорізька, Львівська та Волинська області.

Висновок: представлені результати підкреслюють медико-соціальну актуальність захворювань органів травлення, що обумовлює необхідність розробки і впровадження в практичну охорону здоров'я нових методів діагностики та лікування, спрямованих на підвищення якості життя даної групи пацієнтів, а також проведення комплексної організаційної стратегії охорони здоров'я в розділі гастроентерології як на державному, так і регіональному рівнях.

АКТИВНІСТЬ МЕТАБОЛІТІВ ПРОБІОТИЧНИХ ШТАМІВ. ПРОГНОЗ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Скляр А. І., Калініченко С. В., Попов М. М., Мелентьєва Х. В.,
Торяник І. І., Попова Н. Г., Коротких О. О., Антушева Т. І.

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

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Національний університет ім. В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Мета: дослідити активність метаболітів штаму *Lactobacillus plantarum* IBM B-7679 відносно апробованих клінічних ліній

Матеріал та методи: клініко - лабораторні, вірусологічні.

Результати: порівняльний аналіз результатів показав, що після 24-х годинної експозиції, ефективність прикріплення клітин HeLa, Vero, Her-2 до субстрату достовірно не змінювалося. Через 48 та 72 години інкубування всі контрольні культури клітин утворювали моношар без ознак дегенерації. Щодо ступеню дегенерації клітинного моношару культур дослідних ліній, то найбільш стійкими до дії метаболітів лактобацил були клітини лінії Vero. Лише через 72 години інкубування в ростовому середовищі з додаванням зазначеного агенту впливу в кількості 0,3 мг/мл були відмічені поодинокі зруйновані клітини. Клітини лінії HeLa проявляли помірну чутливість до дії метаболітів лактобацил. Додавання до ростового середовища метаболітів *L. plantarum* IBM B-7679 в кількості 0,1 мг/мл призводило через 48 годин інкубації до руйнування поодиноких клітин цієї лінії. Через 72 години інкубації деструкцію спостерігали у 50 % клітин, що культивувались з додаванням метаболітів у кількості 0,3 мг/мл, 0,2 мг/мл і 0,1 мг/мл. Були відмічені поодинокі клітини з ознаками руйнування при культивуванні клітин у ростовому середовищі з додаванням метаболітів в кількості 0,05 мг/мл. Найбільш чутливими до дії метаболітів *L. plantarum* IBM B-7679 виявились клітини лінії Her-2. Після 48-годинної інкубації ознаки деструкції виявляли 75 % клітин, які інкубували з додаванням агенту впливу в кількості 0,3 мг/мл; 50 % клітин – в кількості 0,2 мг/мл; 25 % клітин – в кількості 0,1 мг/мл і 0,05 мг/мл. Через 72 години інкубування деструкцію спостерігали у 100 % клітин, які інкубували з додаванням метаболітів *L. plantarum* IBM B-7679 в кількості 0,3 мг/мл; 75 % клітин – в кількості 0,2 мг/мл; 50 % клітин – в кількості 0,1 мг/мл; 25 % – в кількості 0,05 мг/мл і 0,025 мг/мл; та поодинокі – в кількості 0,0125 мг/мл. Maximum tolerated dose (MTD) для всіх культур клітинних ліній становила 0,3 мкг/мл. Інгібуюча доза, що зменшувала кількість життєздатних клітин на 50 % (ID_{50}) для клітин лінії Vero складала 0,6 мкг/мл, лінії HeLa та лінії Her-2 – 0,5 мкг/мл.

Висновок: метаболіти штаму *Lactobacillus plantarum* IBM B-7679 проявляли різну активність відносно культур застосованих клінічних ліній. Maximum tolerated dose (MTD) становила 0,3 мкг/мл.

ВИКОРИСТАННЯ ВАЗОПРЕСОРНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМУ СИНДРОМІ

Сливка Н. О., *Вірстюк Н. Г.

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

**Вищий державний навчальний заклад України «Івано-Франківський національний державний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна*

Хворі з гепаторенальним синдромом (ГРС) на тлі алкогольного цирозу печінки (АЦП) мають високий рівень смертності в очікуванні трансплантації. Застосування спланхнічних артеріальних вазоконстрикторів призводить до поліпшення функції нирок при 1-му типі ГРС. Однак, на сьогодні існує досить небагато досліджень щодо порівняння ефективності різних схем вазопресорної терапії ГРС.

Мета роботи: метою даного дослідження було порівняння ефективності схем терліпресин+альбумін; мідодрин+октреотид+альбумін та допамін+альбумін у лікуванні ГРС у хворих на АЦП.

Матеріал та методи: всього було обстежено 109 хворих на ГРС на тлі АЦП, що були розподілені на 2 групи залежно від типу призначеного лікування: група 1 (n=57) – отримували терліпресин+альбумін, група 2 (n=52) мідодрин+октреотид+альбумін. Діагноз ГРС встановлювався за клінічними практичними настановами Європейської асоціації з вивчення печінки - EASL (2018). Важкість стану хворих оцінювали за шкалою MELD (Model for End Stage Liver Disease).

Результати: різниця в кумулятивному виживанні між усіма респондерами (частковими та повними) та нереспондерами була статистично значущою в 1-й групі ($p < 0,001$), але не в 2-й групі ($p > 0,05$), імовірно, за рахунок частішого призначення рятівного лікування у них. Також у 1-й групі була виявлена краща 3-місячна виживаність у пацієнтів, що не отримували рятівного лікування, ніж у 2-й групі (56,1% проти 28,8%, $p < 0,06$). Нарешті, серед всіх рандомізованих пацієнтів в цілому, спостерігалася суттєва різниця в кумулятивному 3-х місячному виживанні між респондерами та нереспондерами (73,7% проти 38,4% відповідно; $p < 0,025$). При багатофакторному аналізі, відповідь на лікування (співвідношення ризиків – 23,92; 95% ДІ – 3,21-156,75; $p < 0,002$) та вихідний рівень балів за шкалою MELD (співвідношення ризиків – 1,18; 95% ДІ – 1,4-1,42; $p < 0,02$) виявилися предикторами 3-х місячного виживання.

Висновок: результати проведеного дослідження свідчать про те, що вазопресорна терапія за схемою терліпресин+альбумін є більш ефективною порівняно зі схемою мідодрин+октреотид+альбумін - як для нормалізації функції нирок, так і для виживання хворих на ГРС, що розвинувся на тлі АЦП.

АКТИВНІСТЬ КАЛЬПАЇНІВ ЗА УМОВ ПРИРОДНОЇ ГІБЕРНАЦІЇ

Стародуб М. Ф., Самохіна Л. М., Ломако В. В.

*Національний університет біоресурсів і природокористування,
м. Київ, Україна*

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

Інститут проблем кріобіології та кріомедицини НАН України, м. Харків

Мета – вивчити роль кальпаїнів, функція яких пов'язана з м'язовою деградацією протеїнів, за умов природної гібернації (ПГ) у хом'яків – тварин, які демонструють стійкість до ішемічного пошкодження.

Матеріали і методи: дорослих (8±2 міс.) хом'яків-самців утримували при 4-7 °С у неосвітленій камері з нормальним постачанням кисню. Хом'яки впадали в зимову сплячку, знаходились в торпідному стані 3-3,5 доби, потім пробуджувались і знову впадали в сплячку. На 2-4 бауті (епізоди сплячки) проводили декапітацію. Використано 4 групи тварин: ПГ, на ранньому і пізньому етапах відновлення - через 2 і 24 год. після виходу зі сплячки і контрольна група (n=6 в кожній групі). У сироватці крові, безядерних фракціях гомогенатів тканин гіпоталамусу, кори мозку (КМ), стовбуру мозку (СМ), мозочку, легень, серця, печінки і нирок визначали активність кальпаїнів високочутливим ферментативним методом.

Результати: активність кальпаїнів за умов ПГ зростала порівняно з контролем в СМ, легенях, печінці та нирках, що може бути пов'язано зі зменшенням використання кисню і розвитком клітинного ушкодження. Ця активація опосередковується участю активних метаболітів кисню і є характеристикою оксидативного стресу, рівень якого мінімальний за умов ПГ. Кальпаїни руйнують структуру (Na⁺/Ca²⁺)-обмінника, що призводить до перевантаження кальцієм і загибелі клітин. Особливе значення мають зміни у СМ, тому що впливають на структури дихального, серцево-судинного центрів, більшість сенсорних шляхів, що передають сигнали управління від півкуль головного мозку. В серці активність кальпаїнів при ПГ знижалась, що може бути пов'язано зі зменшенням вмісту вільного кальцію та відсутністю активації стискання, послабленням серцевої діяльності. Через 2 год. відновлення рівень кальпаїнів перевищує контрольний у більшості тканин, окрім легень і серця, які виявились більш захищеними від негативних наслідків відігріву (в сироватці крові не вивчено), і через 24 год. - в КМ, СМ, печінці, легенях (в мозочку та сироватці крові не досліджено). Найбільша активність відзначена через 2 год. відновлення в гіпоталамусі, що може бути пов'язано з активацією клітинних сигнальних шляхів, посиленням метаболізму, при цьому відомо, що ендогенні антиоксиданти запобігають патологічним змінам.

Висновок: за умов ПГ у хом'яків відзначена тканеспецифічна активність кальпаїнів, яка може бути пов'язана з селективною деградацією клітин, тканин, зниженням функції органів, але здатністю до підтримання функціонального стану гібернуючих тварин після відігріву.

ДІАСТОЛИЧНА ФУНКЦІЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ДИНАМІЦІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Старченко Т. Г., Юшко К. О., Милославський Д. К., Пенькова М. Ю.,
Корнійчук І. А.

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

Мета: вивчити вплив комбінованої антигіпертензивної терапії на показники діастолічної функції міокарда лівого шлуночка (ЛШ) серця у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та без такого.

Матеріали і методи: обстежено 59 хворих на ГХ, з яких 31 пацієнтів мали супутній ЦД 2 типу. Всім обстеженим призначалася комбінована антигіпертензивна терапія олмесартаном медоксомилом в добовій дозі 10-30 мг 1 раз на день та лерканидипіном в дозі 10-20 мг 1 раз на добу. В якості гіполіпідемічної терапії призначали аторвастатин в добовій дозі 20 мг ввечері. Призначення антидіабетичного лікування включало застосування метформіну в дозі 500-1000 мг з чи без діабетона МР по 30 мг 1 раз в день. Курс лікування склав 1 рік. Стан діастолічної функції ЛШ вивчали за допомогою вивчення трансмітрального діастолічного кровотоку в імпульсному доплерівському режимі з визначенням максимальної швидкості раннього діастолічного потоку (Е), максимальної швидкості потоку передсердної систоли (А), їх співвідношення (Е/А) та час сповільнення швидкості кровотоку в фазу ранньої діастоли (DcT).

Результати: порушення діастолічної функції ЛШ виявлялося значно частіше у хворих на ГХ з ЦД 2 типу у порівнянні з хворими на ГХ з нормальним вуглеводним обміном: відповідно у 84,3% і 54,6%, $p < 0,05$. Так, середні значення Е/А в групі хворих на ГХ з ЦД 2 типу склали $(0,84 \pm 0,06)$, а без ЦД 2 типу – $(1,09 \pm 0,07)$, $p < 0,05$. Показник DcT був вірогідно більшим, у порівнянні з хворими на ГХ без ЦД ($p < 0,05$). В динаміці комбінованого лікування олмесартаном з лерканидипіном у хворих на ГХ у поєднанні з ЦД 2 типу відмічено вірогідне поліпшення діастолічної функції ЛШ, що призвело до зниження частоти діастолічної дисфункції з 81,2% до 68,2% ($p < 0,05$). Ще більш виражені позитивні зміни діастолічної функції ЛШ встановлені у хворих на ГХ з нормальним вуглеводним обміном ($p < 0,05$).

Висновки: таким чином, хворі на ГХ з ЦД 2 типу характеризувались більш частим розвитком діастолічної дисфункції у порівнянні з пацієнтами на ГХ без ЦД. Призначення комбінованої антигіпертензивної терапії олмесартаном з лерканидипіном викликало вірогідне покращення діастолічної функції ЛШ у хворих на ГХ незалежно від наявності чи відсутності ЦД 2 типу.

ДІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ПРИ ОТРИМАННІ ЗАПИТІВ ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Стацак А. Ю., Кривенко О. І., Капустник В. В.

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

Конфіденційна інформація, зокрема медична інформація, може бути розголошена тільки за згодою пацієнта, або якщо це прямо передбачено нормами законодавства. В той же час досить часто інформацію з медичного закладу намагаються витребувати або суд, або адвокати.

Законом України «Про інформацію» передбачено, що до конфіденційної інформації про фізичну особу належать і дані про стан здоров'я (ч. 2 ст. 11). Ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (далі «Основи») визначено правовий статус лікарської таємниці - медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. Згідно ст. 285 Цивільного кодексу України (далі ЦКУ), медичну документацію про особу може отримати лише безпосередньо сама повнолітня фізична особа, якої це стосується, або її законні представники, на підставі доручення або договору про надання правової допомоги (за умови залучення до запиту копій зазначених документів), а також батьки (усиновлювачі, опікун, піклувальник) як законні представники дитини.

Отримання медичної інформації про пацієнта третіми особами можливе, якщо до закладу охорони здоров'я звернеться суд із відповідною вимогою про надання копій медичної документації, за умови дотримання порядку, передбаченого ст. 116-118 Цивільного процесуального кодексу України (далі ЦПКУ). Якщо заклад охорони здоров'я ігноруватиме вимоги суду, останній може постановити ухвалу про тимчасове вилучення цих доказів для дослідження судом (ст. 146 ЦПКУ). Якщо адвокат чи представник однієї зі сторін судового процесу, відправляє до медичної установи запит про надання будь-якої медичної документації з приводу іншої особи (сторони-опонента), він повинен отримати відмову, оскільки відповідно до ч. 1 ст. 286 ЦКУ та ст. 39¹ «Основ...» фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.

Отже, відповідно до чинного законодавства України у відповідь на звернення та вимогу суду надати довідку, яка буде містити медичну інформацію, заклад охорони здоров'я має право надати таку довідку або будь-яку іншу медичну документацію. У всіх інших випадках, в тому числі і на адвокатські запити, якщо адвокат не є представником особи, щодо якої запитується інформація, заклад охорони здоров'я не лише має право, а й зобов'язаний відмовити у наданні відповідної інформації та/або документів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ З ПОКАЗНИКАМИ ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Степанов Ю. М., Діденко В. І., Кленіна І. А., Татарчук О. М.,
Петішко О. П., Косенко Л. В.

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

Мета: визначити взаємозв'язок основних біохімічних показників з показниками імунітету у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП).

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

Результати: отримані дані у хворих на ХДЗП вказують на активні запальні процеси. Про це свідчило підвищення рівня прозапальних цитокинів (ІЛ-6 та TNF- α), вмістом молекули середньої маси (МСМ): гіперпродукція ІЛ-6 супроводжується зниженням загальних фосфоліпідів (ФЛ), до складу яких входять поліненасичені жирні кислоти у сироватці крові пацієнтів НАЖХП, НАСГ та ТГ: виявлено середній кореляційний взаємозв'язок між ІЛ-6 та ФЛ ($r=-0,444$, $p<0,05$); ІЛ-6 та ФЛ ($r=-0,449$, $p<0,01$); ІЛ-6 та ФЛ ($r=-0,454$, $p<0,05$) відповідно у пацієнтів цих груп. У пацієнтів НАСГ встановлено, що підвищений рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) супроводжувався порушенням ліпідного обміну, а саме підвищенням коефіцієнту атерогенності (КА) сироватки крові – ЦІК/КА ($r=+0,385$, $p<0,05$) та зниженням антиатерогенної фракції ЛПВЩ сироватки крові – ЦІК/ЛПВЩ, ($r=-0,360$, $p<0,05$), про що свідчить виявлений середній кореляційний взаємозв'язок. Показано, що підвищення рівня TNF- α паралельно супроводжується явищем ендотоксемії у пацієнтів НАЖХП, про що свідчив середній кореляційний взаємозв'язок між TNF- α та МСМ ($r=+0,544$, $p<0,05$). Підвищення вмісту Т-цитотоксичних лімфоцитів супроводжувалося зниженням ЛПВЩ та ТГ сироватки крові, що підтверджується середніми кореляційними взаємозв'язками: між CD8+ лімфоцитами та ЛПДВЩ ($r=-0,527$, $p<0,05$) та ТГ ($r=-0,527$, $p<0,05$) відповідно у пацієнтів з АХП. Крім того, у цієї групи пацієнтів було виявлено відсутня активація продукції ІЛ-10 у відповідь на запалення, що супроводжується зниженням розкладу та деградації зрілих нерозчинних колагенів про що свідчив середній кореляційний взаємозв'язок між ІЛ-10 та оксипроліном вільним ($r=-0,640$, $p<0,01$).

Висновки: таким чином, у хворих на ХДЗП було виявлено кореляційний взаємозв'язок між біохімічними та імунологічними показниками, які сприяють активації запального процесу та прогресуванню ХДЗП.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ КРОНА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНИХ І ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Степанов Ю. М., Сімонова О. В., Стойкевич М. В.

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

Мета роботи: вивчення ендоскопічної картини слизової оболонки (СО) товстої кишки у хворих на хворобу Крона в залежності від гендерних і вікових особливостей.

Матеріали та методи: ендоскопічне дослідження товстої кишки (колоноскопія) проведено у 25 пацієнтів з хворобою Крона, з них 11 жінок і 14 чоловіків, 15 – молодого (18-44 роки), 5 – середнього (45-59 років) і 5 – похилого віку (старше 60 років).

Результати та обговорення: при ендоскопічному дослідженні в усіх випадках виявлено типову картину захворювання у фазі загострення з наявністю наступних ознак: гіперемія (100,0 %), набряк СО (88,0%), дефекти СО (80,0%) у вигляді серпінгіозних, поздовжніх виразок (64,0%) і афт (16,0%), контактна ранимість СО (40,0%), геморагії (24,0%), псевдополіпоз (48,0 %), рельєф «бруківки» (56,0%), рубцеві стриктури сигмовидного відділу товстої кишки (32,0%), рубцеві деформації анального каналу (24,0%). Ураження переважно було сегментарним з залученням різних відділів товстої кишки, в т.ч. перианальної зони (5 хворих), здухвинної кишки (2 випадки). Проведення порівняльної характеристики ендоскопічної картини СО товстої кишки в залежності від статі хворих дозволило встановити у хворих на хворобу Крона жіночої статі тенденцію до збільшення частоти виразок, кровоточивості СО товстої кишки ($p > 0,05$), з суттєвим збільшенням її інтенсивності ($p < 0,05$), а у хворих чоловічої статі – тенденцію до збільшення частоти псевдополіпів і нориць ($p > 0,05$). При порівнянні макроскопічної картини хворих на хворобу Крона в залежності від віку виявлено тенденцію до збільшення частоти основних ендоскопічних проявів хвороби Крона (виразок, набряку, бугристого рельєфу, кровоточивості, нориць, стриктур, рубцевої деформації перианальної зони) у пацієнтів молодого і середнього ($p > 0,05$), віку, що свідчить про більш важкий перебіг захворювання у цих підгрупах хворих.

Висновки: таким чином, в результаті дослідження виявлено низку гендерних та вікових особливостей ендоскопічних проявів хвороби Крона, які необхідно враховувати для визначення тактики лікування і прогнозу хвороби.

ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ З МАРКЕРАМИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

Степанов Ю. М., Завгородня Н. Ю., Татарчук О. М., Лук'яненко О. Ю.

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

Мета: дослідити зв'язок прозапальних цитокінів з показниками інсулінорезистентності при неалкогольній жировій хворобі печінки (НАЖХП) у дітей.

Матеріали і методи: проведено обстеження 107 дітей, які знаходилися на лікуванні у відділенні дитячої гастроентерології ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» у 2017-2018 рр. Згідно з даними транзйентної еластографії з визначенням контрольованого параметру ультразвукового затухання та рівнем АЛТ діти були розділені на три групи: I група – 36 дітей із стеатогепатозом, II – 24 дитини із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ), III – 47 дітей із ожирінням або надмірною вагою без стеатозу печінки. Контрольну групу склали 15 дітей із нормальною вагою без стеатозу печінки. Кількісне визначення концентрації IL-6 та TNF- α в сироватці крові проводили за допомогою ІФА з використанням тест-систем ЗАО «Вектор-бест» (м. Новосибірськ) за рекомендаціями виробника. Вміст інсуліну в сироватці крові визначали ІФА тест набором фірми «DRG International, Inc.», Germany. Розраховували індекс НОМА-IR.

Результати: встановлено достовірне збільшення рівня IL-6 (в 2,0 рази, $p < 0,05$) та TNF- α (в 5,5 рази, $p < 0,05$) у хворих I групи, IL-6 (в 3,1 рази, $p < 0,05$) та TNF- α (в 7,5 рази, $p < 0,05$) у хворих II групи, IL-6 (в 1,9 рази, $p < 0,05$) та TNF- α (в 4,8 рази, $p < 0,05$) у хворих III групи відносно показників групи контролю. У II групи хворих виявлено підвищення концентрації IL-6 (в 1,55 рази та в 1,6 рази, $p > 0,05$), TNF- α (в 1,4 та в 1,6 рази, $p > 0,05$) та інсуліну (в 1,2 рази, $p > 0,05$ та в 1,4 рази, $p > 0,05$) відносно показників хворих I та III груп, відповідно. У хворих із НАСГ рівень інсуліну підвищувався в 2,3 рази ($p < 0,05$), НОМА-IR - в 2,5 рази ($p < 0,05$) відносно показників контрольної групи. Встановлено присутність прямого кореляційного зв'язку між рівнем IL-6 та інсуліном ($r = 0,627$; $p < 0,01$), індексом НОМА-IR ($r = 0,557$; $p < 0,05$); між рівнем TNF- α та інсуліном ($r = 0,429$; $p < 0,05$) та жорсткістю паренхіми печінки ($r = 0,333$; $p < 0,05$).

Висновки: рівні IL-6 та TNF- α достовірно зростають у дітей з надмірною вагою та ожирінням та у пацієнтів з НАЖХП. Достовірне підвищення прозапальних маркерів у пацієнтів з НАСГ супроводжується збільшенням концентрації інсуліну, формуванням інсулінорезистентності, зростанням жорсткості паренхіми печінки.

ІНГІБУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРАЦІЇ МАКРОФАГІВ ТА РАННІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Стороженко Т. Є., Копиця М. П.

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

Формування серцевої недостатності у пацієнтів з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) є найчастішим несприятливим виходом і визначається раннім ремоделюванням серця. Ремоделювання серця визначається як група молекулярних, клітинних і міжклітинних змін, що проявляються клінічно як зміни розміру, маси, геометрії та функції серця після пошкодження. Одним з перспективних біомаркерів для прогнозування ремоделювання серця є прозапальний цитокін інгібуючий фактор міграції макрофагів (МІФ).

Мета: оцінити зв'язок між рівнем МІФ та ранніми структурно-функціональними змінами лівого шлуночка у хворих на STEMI.

Матеріали та методи: у дослідженні взяли участь 73 пацієнта з STEMI (72,6% чоловіків і 27,4% жінок), середній вік склав $58,25 \pm 10,45$ років. До контрольної групи увійшло 12 здорових добровольців. Всі пацієнти пройшли базове клініко-біохімічне обстеження. Рівень МІФ визначався за допомогою імуноферментного методу (RayBio® Human MIF ELISA KIT, США) у сироватці крові, що забрана протягом перших 12 годин від початку події. Усім пацієнтам з STEMI було проведена стентування з успішним відновленням коронарного кровотоку (ТІМІ-III). Ехокардіографічне дослідження здійснювали в перші дні події на апараті Toshiba Aplio 500, модель TUS-A500, оцінювали кінцево-діастолічний (КДО) та кінцево-систолічний (КСО) об'єми лівого шлуночка (ЛШ).

Результати. Усі пацієнти зі STEMI при аналізі медіанних значень рівня МІФ мали достовірне його підвищення в порівнянні з групою контролю ($2582,80 [1308,40-4122,20]$ нг/мл проти $(573,75 [397,80-1016,75])$, $p < 0,001$). Використовуючи покроковий логістичний регресійний аналіз отримані залежності рівня біомаркеру MIF від параметрів КДО, КСО (залежні змінні, стандартизовані коефіцієнти $\beta = -1,1$; $p = 0,001$ та $\beta = 0,6$; $p = 0,02$). Встановлена достовірна залежність рівня МІФ та високочутливого СРП ($p < 0,01$).

Висновки: встановлена залежність між високим рівнем МІФ та структурно-функціональними змінами лівого шлуночка в перші дні STEMI. Виявлений зв'язок між рівнем біомаркера та високочутливим СРП свідчить про його участь в механізмах запалення, які мають важливе значення в перебігу інфаркту міокарда, процесах постінфарктного ремоделювання серця.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Страшок Л. А., Павлова О. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета: вивчити особливості проявів порушень з боку системи травлення у підлітків з ювенільним ідіопатичним артритом.

Матеріали і методи: проведено клініко-анамнестичне та лабораторно-інструментальне (біохімічне дослідження функції печінки та УЗД) обстеження 60 підлітків з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА), віком від 10 до 18 років (хлопчиків - 25 , дівчат - 35.).

Результати: в клінічній симптоматиці у підлітків з ЮІА як диспепсичний синдром у вигляді нудоти — 42,1%, відрижки — 30,2%, печії — 5,3% , закрепів — 7,8%, проносів — 11,2% , так і больовий - біль в епігастрії — 51,0 % , у пілородуоденальній зоні — 41,4%, у правому підребер'ї — 37,7%, пов'язаний із прийомом метотрексату — у 21,7 % . Об'єктивне дослідження виявило болючисть при пальпації живота у правому підребер'ї у 39,2% хворих, в епігастрії — у 31,9% підлітків. Збільшення розмірів печінки виявлено в 73,8% хворих. Біохімічне дослідження функцій печінки визначило, що середні рівні альбумінів, фібриногену, протромбінового індексу знаходились у межах норми. Підвищення рівня загального білірубіну за рахунок непрямой фракції до 46,8 мкмоль/л спостерігалось у 38,3% підлітків. У 18,5% хворих виявлено збільшення концентрації АСТ до 58 Ел та АЛТ до 94 Ел. Вміст холестерину (до 7,7 ммоль/л) був підвищений в 52% підлітків з ЮІА, а збільшення рівню β -ліпопротеїдів до 16,8 г/л зазначалося у 73% хворих. За даними УЗД збільшення розмірів печінки відзначалося у 75,1% хворих, підвищення ехогенності її паренхіми у 18,75% підлітків з ЮІА. Функціональні зміни жовчного міхура у вигляді його гіпотонії виявлено у 61,2% хворих, ущільнення стінок жовчного міхура – у 21,2% хворих, а неоднорідність вмісту – у 13,1% підлітків.

Висновок: таким чином, аналіз клініко-анамнестичного та лабораторно-інструментального дослідження виявив, що у майже половини підлітків з ЮІА мають місце прояви больового та диспепсичного синдромів, у 2/3 хворих виявлено збільшення печінки та дисліпідемія. Ознаки цитолітичного синдрому виявлено у 18,5% хворих, а у 38% визначався підвищений рівень загального білірубіну. Проведення ретельного дослідження шлунково-кишкового тракту у підлітків з ЮІА допоможе виділити когорту пацієнтів як для профілактики можливих подальших ускладнень так і для виявлення хворих з можливим зниженням прихильності щодо терапевтичних заходів.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ЕКОНОМІЧНА КОРИСТЬ: ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Стречень С. Б., Красуцький С. П., Лишак Л. І., Хайлє Р. Т.

Національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Протягом останніх років захворювання внутрішніх органів, на жаль, катастрофічно збільшуються і набувають вигляд неінфекційної епідемії через генетичну схильність, негативний вплив оточуючого середовища, психоемоційного стресу, використання геномодифікованих продуктів харчування тощо. Проблема актуальна в різних вікових групах і потребує перегляду і запровадженню як сучасних методів діагностики, так і ефективних та безпечних методів лікування.

Мета: здійснити порівняльний клініко-економічний аналіз використання сучасних фармакологічних груп лікарських засобів при найбільш розповсюджених патологічних станах в терапевтичній клініці.

Матеріали і методи: протягом останніх 5 років проведений аналіз перебування хворих чоловічої і жіночої статі на стаціонарному лікуванні з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця, бронхіальною астмою, хронічною серцевою недостатністю, набряковим синдромом. Були здійснені загально-клінічні суб'єктивні, фізикальні, лабораторні біохімічні дослідження, параклінічні інструментальні методи верифікації діагнозу та підтвердження ефективності терапії (ультразвукові, електрофізіологічні). З метою оцінки вартості лікування застосовувався фармакоекономічний аналіз «витрати–ефективність».

Результати: в залежності від зазначеної патології визначались провідні клініко-інструментальні методи оцінки встановлення діагнозу та ефективності проведеного лікування (співвідношення скарг, фізикальних даних, лабораторних досліджень крові, показників роботи серця, нирок, зовнішнього дихання, вимірювання вільної рідини, товщини артеріальної стінки, тощо). Аналіз «витрати–ефективність» передбачає зіставлення як вартості (у грошовому вираженні), так і ефективності (прямі та опосередковані клінічні ефекти) методів лікування. Він дозволяє провести вартісне оцінювання ефективності, зокрема оцінити вартість одиниці ефективності методу лікування, що в кінцевому результаті визначає не найбільш дешевий метод лікування захворювання, а оптимальний.

Висновок: в сучасних клінічних умовах з позицій клінічної фармакології необхідний постійний аналіз співставлення клінічної та економічної вигоди фармакотерапії як з метою підвищення ефективності та зниження безпеки, так і з визначенням вартості та формування лікарняних протоколів і кошторисів.

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ
КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ**

**Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В., Косенко Л. В.,
Петішко О. П.**

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

Мета: встановити гендерні особливості рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

Матеріали і методи: проведено визначення рівня ЦІКу₈₀ хворих ХЗЗК (53 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 27 хворих на хворобу Крона (ХК), які знаходилися на лікуванні в відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Усі хворі були розділені на дві групи в залежності від статі: 40 чоловіків та 40 жінок.

Результати та обговорення: проведені імунологічне дослідження показало, що рівень ЦІК у 65,0 % жінок та у 57,5 % чоловіків хворих на ХЗЗК перевищував значення контрольної групи. Вміст ЦІК у сироватці крові досліджених хворих на ХЗЗК коливався від 0,8 до 14,5 од.опт.щ. Середні показники становили (4,82±0,42) од.опт.щ. у чоловіків і (5,37±0,49) од.опт.щ. у жінок. Статистично значимої різниці між рівнем ЦІК у чоловіків та жінок не встановлено. При аналізі рівня показника залежно від нозології встановлено, що у жінок хворих ХЗЗК рівень ЦІК вірогідно підвищено порівняно з групою контролю у 1,6 рази (p<0,05). У жінок хворих на НВК рівень ЦІК вірогідно підвищений у 1,6 рази (p<0,05) порівняно з групою контролю.

Висновки: результати проведених досліджень показали, що вірогідної різниці між рівнем ЦІК у чоловіків та жінок не встановлено. Значення ЦІК в сироватці крові достовірно перевищували показники норми у жінок хворих на ХЗЗК в 1,6 рази (p<0,05), що можна розглядати як показник інтенсивності запалення, залучення до патологічного процесу імунної системи.

ОСОБЛИВОСТІ ДИСБІОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ КРОНА

Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Вишнарєвська Н. С., Федорова Н. С.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета: визначити гендерні особливості дисбіотичних розладів у пацієнтів з хворобою Крона (ХК).

Матеріали і методи: проведено мікробіологічне вмісту товстої кишки (ТК) обстеження 24 хворих ХК, які знаходилися на лікуванні в відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Усі хворі були розділені на дві групи в залежності від статі: 12 чоловіків та 12 жінок.

Результати та обговорення: проведені мікробіологічні дослідження вмісту ТК показали наявність глибоких змін якісного та кількісного складу мікрофлори у всіх хворих. Розподіл хворих за глибиною дисбіотичних розладів показав, що у чоловіків з ХК (41,7 %) домінувала субкомпенсований форма дисбіозу. У жінок хворих на ХК встановлено більша частота виявлення дисбіозу I ступеня (41,7 %). У пацієнтів з ХК виявили зниження рівня біфідо- і лактобактерій. Однак, у групі хворих на ХК чоловіків частота виявлення цих порушень з боку *Lactobacillus* ($< \lg 6,0$ КУО/г) була вищою і дорівнювала 83,3 %, з боку *Bifidobacterium* ($< \lg 8,0$ КУО/г) – 50,0 % хворих. Тоді як у жінок хворих ХК дефіцит наявності лактобактерій та біфідобактерій був у 75,0 % та у 41,7 %. Підвищення концентрації дріжджоподібних грибів роду *Candida* ($\geq \lg 4,0$ КУО/г) у вмісті ТК переважало у жінок хворих на ХК і складала 75,0 %. Також слід відмітити, що у жінок хворих на ХК у 2,6 % було виділено патогенний стафілокок.

Висновки: таким чином, проведені мікробіологічні дослідження виявили наявність змін якісного та кількісного складу мікрофлори товстої кишки у всіх хворих. Ці зміни були обумовлені зменшенням кількості біфідо- та лактофлори, підвищенням концентрації умовно-патогенних мікроорганізмів, дріжджоподібних грибів. У групі хворих жінок була вища частота виявлення грибів роду *Candida* в підвищеній концентрації ($\geq \lg 4,0$ КУО/г). І лише у жінок хворих на ХК у 2,6 % було виділено патогенний стафілокок.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ З ВИКОРИСТАННЯМ АДАЛІМУМАБУ

Тверезовська І. І., Молодан В. І., Просоленко К. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Виразковий коліт (ВК) – ідіопатичне хронічне запальне захворювання товстої кишки, що характеризується тривалим запаленням і утворенням виразок слизової і підслизової оболонки кишки.

Існує тенденція до зростання числа тяжких, резистентних до лікування форм хронічних запальних захворювань кишечника, що призводять до інвалідизації пацієнтів молодого, працездатного віку.

Мета: дослідити клінічний випадок хворої на неспецифічний виразковий коліт та оцінити ефективність лікування із використанням препарату біологічної терапії адалімумабу.

Результати. До гастроентерологічного відділення надійшла пацієнтка 32 років зі скаргами на ниючий біль внизу живота перед дефекацією, здуття, урчання в животі, часті рідкі випорожнення з домішками слизу та крові до 10 р/добу, підвищення температури тіла до 38,0 С. З анамнезу: Хворіє з 2015 року, була на гормональному лікуванні (Медрол 32 мг/добу зі зниженням до 24 мг/добу). Об'єктивно: Загальний стан важкий. Дефіцит ваги II ст. Шкіра та видимі слизові бліді. Живіт здутий, при пальпації болючий по ходу товстого кишечника. Печінка, селезінка не пальпуються. Випорожнення: рідкі, прозорі, із домішками слизу та крові до 10 р/добу (6 р/день та 4 р/ніч). Результати додаткових методів обстеження: \downarrow RBC/л ($3,16 \times 10^{12}$), \downarrow HGB (70 г/л), \uparrow WBC/л ($10,8 \times 10^9$), \uparrow ШОЕ (52 мм/год), \uparrow серомукоїдів, \uparrow СРБ. Відеоезофагогастроуденоскопія: Еритематозна антральна гастропатія. Еритематозна дуоденопатія. ВідеокOLONоскопія: Неспецифічний виразковий коліт, важкого ступеня активності, ускладнений кровотечею. Клінічний діагноз: Неспецифічний виразковий коліт, важкий перебіг, період загострення. Дефіцит ваги II ступеня. Вторинна залізодефіцитна анемія важкого ступеня. Астено-невротичний синдром.

Була запропонована схема лікування: нольпаза 40 мг в/в крап., солугедрол 125 мг в/в крап., глюкоза 5%-200,0 мл в/в крап., трисоль – 200,0 мл в/в крап., суфер – 5,0 мл в/в крап., салофальк таб. – 500 мг: 2 табл \times 3р/д., салофальк суп. 500 мг на ніч. Через погану відповідь на запропоноване лікування вирішено додати: адалімумаб 80 мг – п/шк 1 раз на 2 тижні, альфа нормікс 200 мг: по 2 табл \times 3 р/добу, що значно покращило стан пацієнтки: зменшилась частота діареї за добу, підвищився рівень гемоглобіну, була тенденція до нормалізації співвідношення протеїнів крові.

Висновки. Неспецифічний ВК часто призводить до інвалідизації пацієнтів та потребує своєчасного визначення ступеня важкості захворювання і призначення відповідно до нього лікування. Препарати біологічної терапії, зокрема адалімумаб, є ефективним та має хороші перспективи застосування у схемах терапії НВК.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА РІВЕНЬ BDNF У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ

Тіткова А. М., Маркозова Л. М.

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

Вельми актуальна проблема когнітивних розладів у осіб з алкогольною залежністю (АЗ). Звісно, що в регуляції процесів нейропластичності головного мозку значну роль відіграє нейротрофічний фактор BDNF. Звісно, що тютюнопаління підвищує рівень BDNF в сироватці крові (M. Jamal et al., 2015) та процес цей залежить від кількості вжитих цигарок та тривалості зловживання.

Мета: визначити вклад вживання тютюну (Т) в зміни рівня BDNF в групах обстежених.

Методи: анамнестичний, тест AUDIT, шкала CIWA_g, біохімічний, статистичний.

Обстежені хворі на АЗ з ПСР (n=44) та практично здорові (ПЗ) (n=10) з середнім віком (39,77±2,38) та (39,00±3,20) р. відповідно. Обстежених було розподілено за наявності/відсутності вживання Т: I гр хворі, які не вживали Т (n=11), II гр – хворі, які вживали Т (n=33), III гр – ПЗ, які не вживали Т (n=8), IV гр – ПЗ, які вживали Т (n=2). СДА дорівнює 40 мл горілки.

Результати: встановлено, що наявність АЗ підтверджено результатами тесту AUDIT ((33,0±0,62) бали у хворих проти (2,40±0,40) бали серед ПЗ (p<0,05)), дозою вжитого алкоголю (у хворих складала (22,73±2,83) СДА проти (3,10±0,80) у ПЗ (p<0,05)); тривалістю формування стану відміни алкоголю (СВА) ((2,80±0,57) р.), ступенем вираженості СВА за шкалою CIWA_g (тяжкий ступінь до лікування ((20,85±0,84) бали), (0,53±0,20)- після). Початок паління серед осіб II та IV гр. майже однаковий ((16,50±0,50) та (15,00±0,39) р. відповідно). Середня кількість цигарок у осіб II гр складала 20 -30 штук на добу, у осіб IV гр. – 8-15. Виявлено, що до лікування тютюнопаління дещо підвищувало рівень BDNF ((4415±75) у хворих I гр. проти (4512±107) у хворих II гр.), в той час, як тривалий прийом алкоголю достовірно знижував рівень BDNF в сироватці крові хворих. За результатами лікування видно, що хворі I гр. були більш чутливі до терапії ((4786±112) проти (4729±75) у осіб II гр. після лікування). В I гр. концентрація BDNF достовірно підвищувалась після лікування на відміну від II гр. (p<0,05). Значення BDNF у осіб III гр. відповідало (4840±148), у осіб IV гр. – (5002±163), що співпадало з гіпотезою дослідження.

Висновок: підвищення BDNF в сироватці крові в динаміці лікування відбувалось у осіб із АЗ, які не вживали тютюн (p<0,05), що свідчить про токсичний вплив нікотину на процеси нейропластичності мозку.

ОСОБЛИВОСТІ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Тітова М. В., Шевцова З. І., Тарасова Т. С.

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

Мета: оцінити нутритивний статус за даними антропометрії та анкетування у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) в залежності від віку та статі.

Матеріали та методи: обстежено 40 пацієнтів: 26 з виразковим колітом та 14 з хворобою Крона. Серед хворих було 23 жінок та 17 чоловіків. В дослідження увійшло 16 пацієнтів молодого віку, 4 середнього віку та 20 похилого віку (за класифікацією ВООЗ). Визначались: окружність плеча, товщина шкірно-жирової складки, окружність м'язів плеча, індекс маси тіла. Для дослідження були використані анкети: «Скринінг нутриційного ризику» (NRS) та «Коротка оцінка харчування» (MNA) (рекомендації ESPEN – 2002).

Результати та обговорення: середній показник індексу маси тіла склав ($24,09 \pm 0,69$) в загальній групі хворих. Нормальний індекс маси тіла спостерігався у 20 хворих (50%), знижений у 3 (7,5%), 13 (32,5%) пацієнтів мали надмірну вагу, ожиріння I ст. у 4 (10%). Але слід зауважити, що серед пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням 8 (47%) хворих, це пацієнти похилого віку, а в даній віковій категорії індекс Кетле не підходить для оцінки маси тіла. Також, треба зазначити, що дефіцит маси тіла спостерігався тільки в молодій віковій групі (18,8%). У загальній групі за антропометричними показниками, як у жінок так і у чоловіків переважно не спостерігалось нутритивної недостатності, а нутритивний статус знаходився у межах норми у 60% (26) хворих. Однак, у 2 хворих (5%) було виявлено тяжку ступінь нутритивної недостатності, причому обидва хворих мають діагноз хвороба Крона і відносяться до групи молодого віку. Це дозволяє зробити попередній висновок, що молоді люди з хворобою Крона більш схильні до швидкого розвитку нутритивної недостатності. За даними анкетування було виявлено, що у 65% чоловіків та 47% жінок є ризик розвитку мальнутриції, а 17,5% та 23% відповідно вже мають мальнутрицію. Найчастіше ризик мальнутриції був виявлений у пацієнтів похилого віку (75%), а наявна мальнутриція - у пацієнтів молодого та середнього віку (32% та 50%, відповідно).

Висновок: дефіцит маси тіла частіше діагностувався у пацієнтів молодого віку з хворобою Крона. Виявлено, що найбільш схильні до розвитку мальнутриції чоловіки з неспецифічним виразковим колітом. Найчастіше ризик мальнутриції визначався у пацієнтів похилого віку.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ ЗАПАЛЕННЯ ТА ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Ткач О. А., Мажак К. Д., Платонова І. Л., Лаповець Н. Є.

Національний медичний університет імені Д. Галицького, м. Львів, Україна

Вивчити прояви ендогенної інтоксикації (ЕГ), зміни реактивності та адаптаційного потенціалу організму у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ).

Аналіз показників гемограми крові, рівня показників вмісту молекул середньої маси (МСМ) вивчено у 70 хворих на МРТБ легень (26 на вперше діагностоватий (ВДТБ) МРТБ – І група та 44 хворих на рецидив МРТБ – ІІ група) до та після завершення інтенсивної фази ХТ. Для оцінки адаптаційного і загального реактивного потенціалу організму хворих на МРТБ використані інтегральні гематологічні коефіцієнти: модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), інтегральний показник реактивної відповіді нейтрофілів (ПРВН).

Після інтенсивної фази ХТ значення показників червоної крові у 76,0% хворих обох груп відповідали величині норми. Анемії констатовано у 24,0% хворих І групи і 19,6% ІІ групи. Вторинні еритроцитози, обумовлені вентиляційною недостатністю легень, були наявні у 17,8% осіб з рецидивом процесу. У 12% хворих І групи компенсаторним механізмом наявної гіпоксії було лише зростання концентрації гемоглобіну крові. Після завершення курсу інтенсивної ХТ у 76,0% хворих І групи і у 60,7% ІІ групи наступала нормалізація показників загальних лейкоцитів, у 72,0 % і 51,9%, (відповідно) ШОЕ. У решти пацієнтів значення загальних лейкоцитів і ШОЕ утримувались на вихідному рівні, або ж зростали. У частини хворих на МРТБ у лейкограмі відмічалось зміщення динамічної рівноваги між пулами лейкоцитарних клітин: зростав спектр нейтрофільних лейкоцитів із зсувом формули вліво до паличкоядерних лейкоцитів у 16,0% осіб І групи і у 23,4% ІІ групи, лімфопенія у 4,0% і 19,6%, еозинофілія – у 12,5% і у 16,7%, відповідно. У 4,0% осіб І групи констатовано моноцитоз, у 3,6% осіб ІІ групи – лімфоцитоз. Зміни лейкоцитограми, що вказують на пригнічення механізмів адаптації, характерне для імунодефіцитних станів, доповнюються результатами розрахунку інтегральних гематологічних індексів, за допомогою яких виявлено істотні зміни неспецифічної резистентності у хворих обох груп, наявність ЕІ, за результатами ЛІІ, інтегрального ПРВН, які констатовано у 8,0 % та 16,1 % хворих І та ІІ груп, підвищеного рівня МСМ у 23,5% та 27,2% хворих, що вказувало на збереження активності процесу та недостатню ефективність ХТ.

Визначення гематологічних параметрів, інтегральних індексів є інформативним методом діагностики дезадаптивних порушень, вираженості запалення та ендогенної інтоксикації у хворих на МРТБ.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КАРОТИДНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Топчій І. І., Денисенко В. П., Кірієнко О. М., Самохіна Л. М.,
Циганков О. І.

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

Мета – дослідити вміст мікроелементів в сироватці крові, параметри комплексу інтима-медіа (КІМ) сонних артерій (СА) та частоту зустрічальності атеросклеротичних бляшок у хворих на цукровий діабет (ЦД) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали та методи. Обстежено 82 хворих на ЦД 2 типу із ГХ. Групу порівняння склали 20 хворих на ГХ, групу контролю – 10 здорових осіб. Морфологічні зміни СА вивчали методом кількісної ехокардіографії на ультразвуковому сканері Ultima PA (Radmir, UA) з лінійним датчиком з частотою 5-10 МГц. У сироватці крові досліджували концентрацію кальцію з використанням наборів реагентів фірми Сogma (Польща) і напівавтоматичного біохімічного аналізатора СЕМ-7 фірми ERBA Mannheim (Чехія).

Результати. Вивчення КІМ та морфології судинної стінки сонних артерій у хворих на ЦД дозволило встановити наявність змін в стінці судин. Атеросклеротичні бляшки в СА при нормальній товщині комплексу інтима-медіа виявлено в 46 % випадків. Атеросклеротичні бляшки та потовщення КІМ встановлено у 29 %, а в 25 % – дифузне потовщення КІМ при відсутності змін судинної стінки. Атеросклеротичні зміни СА були наявні у всіх хворих на ЦД, при ГХ – у 69 %, причому атеросклеротичні бляшки в СА спостерігали переважно при нормальній товщині КІМ, в 31 % – судини були без змін. Також встановлено, що товщина КІМ у хворих на ГХ була вірогідно меншою порівняно з хворими на ЦД у поєднанні з ГХ. У хворих на ЦД товщина КІМ лівої СА була більше, ніж правої, що, скоріше за все, обумовлено анатомічними особливостями та в наслідок цього більшим гемодинамічним навантаженням, пов'язане з тривалістю ЦД та ступенем ГХ.

Зниження функції нирок негативно корелювало з частотою виявлення потовщення КІМ.

Суттєвих змін вмісту кальцію за результатами дослідження не виявлено.

Висновок. Частота виявлення потовщення КІМ збільшується при зниженні швидкості клубочкової фільтрації та пов'язана з підвищенням вмісту кальцію у сироватці крові. При хронічній хворобі нирок структурно-функціональні зміни судин (збільшення КІМ, кальциноз) реєструють на додіалізній стадії, що супроводжуються зниженням вмісту кальцію.

ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА KLOTHO У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Топчій І. І., Семенових П. С., Гальчінська В. Ю., Щербань Т. Д.,
Савічева К. О.

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

Останнім часом в якості потенціального маркера судинних подій активно вивчається білок Клото. Нокаут гена *Klotho* (гена, відповідального за синтез та каталітичну активність білка Клото) у тварин призводив до передчасної дегенерації, яка характеризувалася скороченням тривалості життя, гіпогонадізмом, затримкою розвитку росту, кальцифікацією судин та гіперфосфатемією.

Мета: визначення поширеності поліморфізму гена *Klotho* у хворих на цукровий діабет 2 типу з нефропатією і при серцево-судинних ускладненнях та виявлення можливого асоціативного зв'язку перебігу захворювання з генетичним профілем обстежених.

Матеріали та методи: обстежено 76 хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу з нефропатією та 29 хворих на гострий коронарний синдром (ГКС). Контрольну групу склали 40 здорових осіб.

Ампліфікацію ДНК та генотипування поліморфізму KL-VS (F352V, rs9536314) гена *Klotho* здійснювали методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу. Концентрацію васкулоендотеліального фактору росту (VEGF) визначали методом імуноферментного аналізу.

Результати: нами не виявлено вірогідної різниці у частоті зустрічальності генотипів та алелей досліджуваного поліморфізму в групах пацієнтів в порівнянні з контролем. Результати дослідження поліморфізму F352V гена *Klotho* у хворих з ГКС також не виявили вірогідної різниці в частоті генотипів поліморфізму F352V гена *Klotho* в порівнянні з контрольною групою. Як і в групі хворих на діабетичну нефропатію у пацієнтів з ГКС та у осіб контрольної групи вірогідних гендерних відмінностей в частоті генотипів поліморфізму F352V гена *Klotho* не виявлено ($p_{\chi^2}=0,44$; $p_{\chi^2}=0,27$; $p_{\chi^2}=0,15$, відповідно). Встановлено, що у носіїв гетерозиготного генотипу поліморфізму F352V гена *Klotho* мають місце вірогідно нижчі рівні VEGF в сироватці крові в порівнянні з поширеним генотипом F352F.

Висновки: у носіїв гетерозиготного генотипу поліморфізму F352V гена *Klotho* визначено вірогідно нижчі рівні VEGF в сироватці крові в порівнянні з поширеним генотипом F352F. Наявність гетерозиготного варіанту поліморфізму F352V може мати протективне значення в розвитку судинних ускладнень у хворих на ЦД.

СОДЕРЖАНИЕ ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Топчий И. И., Щербань Т. Д., Гальчинская В. Ю., Семеновых П. С., Тумка А. В.

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

Одним из признанных биомаркеров дисфункции эндотелия является васкулоэндотелиальный фактор роста (vascular endothelial growth factor - VEGF), который активируется при формировании атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета (СД) 2-го типа.

Цель исследования: изучение содержания VEGF в сыворотке крови больных СД 2 типа в зависимости от функционального состояния почек.

Материалы и методы: обследовано 64 больных СД 2-го типа. Средний возраст пациентов - $(53,4 \pm 2,7)$ года. Контроль - 20 здоровых лиц.

Пациенты были разделены на следующие группы: I группа - больные СД 2 типа без признаков нефропатии - с нормальной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и без альбуминурии ($n = 26$), II группа - больные СД 2 типа с нормальной СКФ и альбуминурией ($n = 22$), III группа - больные СД 2 типа с пониженной СКФ и альбуминурией ($n = 18$). Концентрацию VEGF определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты: у больных всех исследуемых групп имели место существенные изменения уровней VEGF в сыворотке крови по сравнению с контролем, $p < 0,05$. Уровень VEGF составил $(156,98 \pm 21,16)$ пг/мл в первой группе (СД без почечных нарушений), $(192,63 \pm 20,31)$ пг/мл во второй группе (альбуминурия) и $(367,43 \pm 36,15)$ пг/мл в третьей группе (снижение СКФ) обследованных. В контрольной группе средние значения VEGF составляли $(105,75 \pm 18,23)$ пг/мл. Корреляционный анализ выявил достоверную ассоциацию VEGF с уровнем креатинина и альбуминурии и обратная корреляционная связь со СКФ, что доказывает несомненную роль почек в развитии кардиоренального синдрома при диабетической нефропатии. Уровень VEGF в определенной степени отражает функциональное состояние почек и может быть использован как дополнение к традиционным методам обследования больных.

Выводы: VEGF может играть важную роль в развитии диабетической эндотелиальной дисфункции, что приводит к диабетическим микрососудистым осложнениям и сердечно-сосудистой патологии. Результаты исследований свидетельствуют о целесообразности практического использования определения VEGF в сыворотке крови больных диабетической нефропатией в качестве раннего диагностического маркера кардиальных нарушений, оценки прогноза, а также совершенствование кардионефропротекторной стратегии.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНА ТОПІЧНИМИ КОРТИКОСТЕРОЇДАМИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Турок В. В., Молодан В. І., Просоленко К. О.

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

Хвороба Крона – це неспецифічне запальне захворювання шлунково-кишкового тракту, неясної етіології, характеризується сегментарним, трансмуральним, гранульоматозним запаленням з можливими системними та поза кишковими проявами.

Клінічний випадок. У стаціонар ХКЛ ЗТ № 2 поступила хвора М., зі скаргами на загальну слабкість, поганий настрій, біль у правому нижньому квадранті живота, підвищення температури тіла до 37,5 С, зниження ваги на 6-8 кг за 3 місяці, діарею близько 5-8 разів на добу, епізодично з домішками крові. Об'єктивно: при поступленні звертали на себе увагу блідість шкірних покривів, біль у правій здухвинній ділянці. Враховуючи різноманітні скарги хворої були призначені інструментальні та лабораторні дослідження. Звертали на себе увагу: лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, анемія 1 ст., зниження заліза і кольорового показника крові, підвищення С- реактивного білка крові та кальпротектину калу.

ВідеокOLONоскопія: переривчасті, трансмуральні гранульоматозні ділянки запалення по типу «бруківки» помірної активності з ураженням тонкої та товстої кишок.

На основі вищеперерахованих даних був виставлений клінічний діагноз: Хвороба Крона з ураженням тонкої і товстої кишок помірної активності, фаза загострення. Гіпохромна, залізодефіцитна анемія легкого ступеня важкості.

Хворій було проведено лікування: будесонід 3 мг 3 р/д, дротаверин рег ос по 40 мг 2-3 р/д., ферум лек 1 ампулу 2 мл 1 р/д. На фоні проведеної терапії на протязі 3 тижнів загальний стан хворої значно покращився: нормалізувалась температура тіла, покращилося самопочуття, діарея зменшилась до 4-х разів на добу. Також нормалізувались лейкоцити, ШОЕ, С- реактивний білок.

Висновки: лікування хвороби Крона з використанням топічних кортикостероїдів, зокрема буденофальку, дозволяє покращити перебіг захворювання, при цьому важливим моментом є значно менша кількість побічних ефектів.

ПИТАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НАУКОВІЙ СПАДЩИНІ АКАДЕМІКА Л. Т. МАЛОЇ

Фадєєнко Г. Д., Коваль С. М., Серік С. А., Рудик Ю. С., Топчія І. І.

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

Вагомий внесок у вивчення дисфункції ендотелію (ДЕ), нейрогуморальних, клітинних та імунних механізмів її становлення і прогресування при захворюваннях серцево-судинної системи внесла академік АМН України Л. Т. Мала (1919-2003). Над вивченням цього питання Любов Трохимівна тісно співпрацювала з визнаними авторитетами – академіками В. В. Фролькісом, О. О. Мойбенком, І. С. Чекманом, О. В. Стефановим, В. М. Коваленком, О. В. Коркушком і багатьма ін. Підсумком досліджень Л. Т. Малої в даному напрямку стала монографія «Ендотеліальна дисфункція при патології серцево-судинної системи» (2000) та присуджена посмертно Державна премія за цикл наукових праць (2003). Одними з перших в Україні академік Л. Т. Мала і її учні почали вивчати такі перспективні маркери ДЕ, як вазоактивні ейкозаноїди, ендотелін-1, простагліцин, тромбоксан А₂, ендотеліальний фактор релаксації і гіперполяризації, ангіотензин II, інтерлейкін 1, лейкотрієни С₄, D₄ при гіпертонічній хворобі (ГХ), ІХС, інфаркті міокарда (ІМ), хронічній серцевій недостатності (ХСН), розробляти питання корекції ДЕ інгібіторами ангіотензин-перетворюючого ферменту, антагоністами кальцію і високоселективними β-адреноблокаторами. Піонерськими стали роботи академіка щодо інфекційних аспектів ДЕ, фізіологічних, патофізіологічних та вікових механізмів цього стану при ХСН та ІХС. У результаті цих досліджень була сформульована концепція щодо ролі функціонального стану ендотелію (Е) у виникненні атеросклеротичного ураження судин. На основі вивчення значущості NO при ДЕ і ролі гіперхолестеринемії у її розвитку були розроблені ефективні методи запобігання толерантності до нітратів, доведений плейотропний ефект статинів на функцію Е, ендогенний синтез NO. У 2001 р. цикл робіт учнів Л. Т. Малої був нагороджений Грамотою Президії НАН України, а в 2004 – дипломом I ступеня Харківського медичного товариства. Серед її соратників і послідовників у галузі вивчення ДЕ слід назвати професорів В. І. Волкова, В. Й. Целуйко, П. Г. Кравчуна, М. А. Власенка, О. М. Ковальову, С. М. Коваля, Л. А. Лапшину, І. І. Топчія, Ю. С. Рудика, О. М. Коржа, С. А. Серіка та ін. Продовжуючи традиції свого Вчителя, представники терапевтичної школи Малої активно вивчають різні маркери ДЕ: мікроальбумінурію, фактори росту та ангіогенезу при ГХ, метаболічному синдромі та цукровому діабеті (уротензин, інтерлейкіни, інсуліноподібний, васкулоендотеліальний фактори росту, ангіопоедин-1); фактор фон Віллебранда, молекули адгезії, асиметричний диметиларгінін, циркулюючі клітини Е, VE-кадгерін, стабільні метаболіти NO у хворих на хронічну хворобу нирок в динаміці комбінованого фармакологічного лікування із застосуванням L-аргініну, досліджують гіпергомоцистеїнемію і продукти фолат-метіонінового циклу при ХСН, бар'єрну функцію клітин Е при неалкогольній жировій хворобі печінки та хронічних обструктивних захворюваннях легень.

Проблема ДЕ лише одна з «цеглинок» у величезній творчій спадщині академіка Любові Трохимівни Малої.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ВІСЦЕРАЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ В РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А.,
Нікіфорова Я. В.

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

Мета роботи – вивчення характеру змін вуглеводного та ліпідного обмінів в залежності від активності вісцеральної жирової тканини (ВЖТ) у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) на тлі метаболічного синдрому (МС).

Матеріали і методи. Обстежено 100 хворих на НАЖХП: 50 чоловіків (50,0%) та 50 жінок (50,0%). Середній вік хворих складав $(52,7 \pm 8,1)$ років. Контрольну групи склали 30 здорових донорів реципрокних за віком та статтю. Додатково до стандартного обстеження проводили визначення активності вісцеральної жирової тканини (ВЖТ) обчислювали індекс вісцерального ожиріння (ІВО) за методом Amato M.C. (2010 р.). Статистична обробка даних виконувалась за допомогою пакету статистичних програм “SPSS 17.0”.

Результати. У хворих на НАЖХП встановлено підвищені рівні інсуліну $36,0 (32,4; 42,2)$ мкОд/мл у порівнянні із показниками групи контролю $4,8 (2,6; 6,1)$ мкОд/мл та достовірне підвищення рівня індексу НОМА до $8,9 (3,0; 11,2)$ мкмоль фруктози/1г Нв. Максимальні рівні інсуліну та індексу НОМА-IR асоціювалися з підвищеною активністю ВЖТ. Концентрації загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) у хворих на НАЖХП також вірогідно перевищували відповідні показники у групі контролю ($p < 0,05$). Встановлено найбільш значущий кореляційний зв'язок між показниками ТГ та ІВО ($r=0,48, p<0,05$).

Висновки. Отримані нами дані можуть свідчити про залежність глибини порушень вуглеводного та ліпідного обмінів від активності ВЖТ. У хворих з НАЖХП на тлі МС показники індексу НОМА-IR, ЗХС, ТГ, ЛПНЩ вірогідно збільшуються по мірі зростання ІВО ($p < 0,05$), що дозволяє розглядати ІВО вагомим додатковим прогностичним критерієм ризику розвитку метаболічних порушень.

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ Й ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА: ТРАНСНОЗОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ КОМОРБІДНОСТІ

Фадєєнко Г. Д., Несен А. О., Ізмайлова О. В.

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

Вступ: в медичній практиці сполучення ішемічної хвороби серця (ІХС) та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є одним з досить розповсюджених коморбідних поєднань.

Мета дослідження - встановити ймовірні транснозологічні механізми коморбідності ІХС та ГЕРХ.

Матеріали та методи: до дослідження залучені пацієнти (n=65) з ГЕРХ й ІХС: 54 чоловіка (83,08 %) та 11 жінок (16,92 %) у віці від 32 до 89 років; середній вік - (61,57±11,37) роки. В дослідженні застосовувалися лабораторно-біохімічні, клініко-інструментальні та статистичні методи.

Результати: всіх пацієнтів (n=65) було розподілено на групи: (n=21; 32,31 %) - з неерозивною ГЕРХ та ІХС; (n=44; 67,69 %) з ерозивною ГЕРХ та ІХС. В обох групах у жінок, ніж у чоловіків визначався в середньому більш низький рівень кардіоваскулярного ризику, та більш високий відсотковий рівень показнику 10-річної виживаності, що асоційовано, з модифікованими факторами ризику. Визначено залежність тяжкості синдрому обструктивного апное/гіпопное сну від ендоскопічної форми ГЕРХ (p=0,0007) та залежність ступеня розладів сну від клініко-морфологічних проявів ГЕРХ (p=0,0498). Отримані дані вказують на існування важливих транснозологічних механізмів формування коморбідності ГЕРХ й ІХС: наявність кардіальних («кардіальна маска») та легневих («легенева маска») проявів, депресивних розладів та порушень сну, підвищення рівня кардіоваскулярного ризику на фоні зрушень ліпідного спектру та синтезу низки нейрогормонів.

Висновки: в якості фактора несприятливої течії коморбідності ІХС та ГЕРХ виступає синдром обструктивного апное/гіпопное сну, як один з варіантів інсомнії, і є одним із тих транснозологічних механізмів, що сприяє виникненню численних органічних і функціональних систематичних порушень; існує залежність ступеня розладів сну від клініко-морфологічних проявів ГЕРХ (p=0,0498).

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПЕМІЇ ТА ГЛІКЕМІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ОЖИРІННЯ НА ТЛІ КОРЕКЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.

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

Мета: вивчити динаміку показників ліпідного та вуглеводного обмінів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та ожиріння на тлі корекції харчової поведінки (ХП).

Матеріали та методи. Обстежено 122 хворих на ГХ та ожиріння середнім віком - (53,0±0,8) років. Усі пацієнти були обстежені згідно діючого Наказу МОЗ з додатковим дослідженням ХП, фактичного харчування (ФХ) та нутрігенетичних особливостей. Для діагностики ожиріння використовували класифікаційні критерії ВООЗ. Концентрацію ЗХС, його фракцій у сироватці крові, глюкозу крові визначали ферментативним методом на біохімічному аналізаторі “Humalalyzer 2000” (Німеччина) з використанням набору реактивів фірми “Human” (Німеччина), концентрацію гликозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) з використанням набору Human (Німеччина), інсуліну - імуноферментним методом (аналізатор «ImmunoChem - 2100» (HighTechnology, Inc., США). Для кількісної оцінки ступеня вираженості інсулінорезистентності (ІР) використовували математичну модель (Homeostasis Model Assesment - НОМА). Хворих було розподілено за дві реципрокні групи: Ігр - 62 особи, 2-гр - 60 осіб. Усі пацієнти отримували лікування згідно діючого наказу МОЗ. І група додатково отримувала індивідуальну корекцію порушень ХП. Контрольні обстеження проводилися через 6 та 12 місяців лікування.

Результати. Через 6 місяців лікування у хворих І групи показники загального холестерину (ЗХС) та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) зменшились в 1,2 рази ($p<0,001$), вміст тригліцеридів (ТГ) - в 1,7 разів ($p<0,001$), підвищилася концентрація ХС ЛПВЩ в 1,3 рази ($p<0,001$) у порівнянні із статистично незначущою динамікою показників ліпідного спектру у хворих ІІ групи. Через 12 місяців лікування у хворих ІІ групи концентрація ЗХС та ХС ЛПНЩ зменшилась в 1,5 та 1,3 рази, відповідно ($p<0,001$), концентрація ТГ в 2,1 рази ($p<0,001$), показники ХС ЛПВЩ підвищилися у 1,4 рази ($p<0,001$). У хворих ІІ групи виявлено менш значиму позитивну динаміку вмісту ліпідів зі статистично значущими змінами лише показників ЗХС та рівня ХС ЛПНЩ ($p<0,05$). У хворих І групи статистично значуще зменшилися показники НОМА – ІР до 2,1 (2,0;2,6) ум.од. ($p<0,001$) у порівнянні із показниками хворих ІІ групи - 2,9(2,7;3,6) ум.од., в яких значення перевищували референтний показник ІР - 2,77.

Висновки: призначення індивідуальної корекції ХП дозволяє вірогідно покращити динаміку основних показників ліпемії та глікемії, що впливають на перебіг ГХ, ризики прогресування та розвитку ускладнень.

СПІВВІДНОШЕННЯ ОСНОВНИХ ФІЛОТИПІВ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У ХВОРИХ НА НАЖХП ТА СУПУТНЕ ОЖИРІННЯ

Фадєєнко Г. Д., Черелюк Н. І., Курінна О. Г.

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

Актуальність. Порушення мікробіотичного складу кишкового вмісту – найбільш актуальний механізм, що досліджується в патогенезі розвитку та прогресуванні неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) та ожиріння (ОЖ).

Ціль дослідження: дослідити особливості складу кишкової мікробіоти у хворих на НАЖХП та ОЖ у порівнянні з особами з нормальною вагою та без стеатозу печінки.

Матеріали і методи: Обстежено 63 хворих на НАЖХП в стадії стеатозу та ОЖ (29 (46,00%) чоловіків та 34 жінок (54,00%) у віці від 23,75 до 75,00 років з медіаною 51,00 рік), індекс маси тіла яких (ІМТ) складав 31,90 [29,00;37,40] кг/м². Всім хворим були виключені інші причини формування вторинної жирової дистрофії печінки та ОЖ, і фактори, що впливають на стан кишкової мікробіоти. В групу контролю увійшли 14 практично здорових добровольців (9 жінок (64,29%) та 5 чоловіків (35,71%) у віці від 27,00 до 59,00 років з медіаною 46,00 рік) з нормальною вагою (ІМТ 23,98 [22,19; 24,11] кг/м²). Основна група та група контролю були відповідні за віком та статтю. Всім хворим було проведено 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*.

Результати. У хворих із коморбідним перебігом НАЖХП та ОЖ відносна частота *A* статистично достовірно відрізнялась (4,27 [2,44; 9,01]%) від хворих групи контролю (1,73 [1,16; 2,17]%) ($p < 0,05$). Також у хворих НАЖХП та ОЖ спостерігалось підвищення вмісту *F* на 72,49% ($p < 0,05$) на тлі зниження кількості *B* на 65,34% ($p < 0,05$). Співвідношення *F/B* також зростало у хворих на НАЖХП та ОЖ 4,7 рази ($p < 0,05$). Крім того, у хворих на даної групи спостерігалось статистично значуще зниження кількості інших бактеріологічних видів на 57,03%.

Висновки: частота основних філотипів кишкової мікробіоти статистично достовірно відрізняється у хворих з коморбідним перебігом НАЖХП та ОЖ при порівнянні з особами з нормальною вагою та без структурно-функціональних порушень печінки, що потенційно має суттєве значення для поглиблення розуміння патофізіологічних механізмів розвитку НАЖХП на тлі ОЖ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПОЧЕЧНО-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Фазылов А. В., Ибрагимов А. Ю., Холодова Е. Г., Махмудова Д. Н.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

г. Ташкент, Узбекистан

Цель: на фоне комплексной медикаментозной терапии изучить клиническую эффективность гнойно-воспалительных заболеваний легких (ГВЗЛ) антибактериальных препаратов у реципиентов с трансплантатом почки.

Материалы и методы: в исследования были включены 31 больной с ГВЗЛ, находящийся на лечении в отделении гемодиализа и реабилитации больных с трансплантированными органами в РКБ № 1 МЗ РУз. Среди больных преобладали мужчины 71%, средний возраст больных составил 40,2 года, обследуемые больные страдали ГВЗЛ: хронический гнойный бронхит, эмпиема плевры, острая осложненная пневмония и т.д. При поступлении в стационар состояние больных оценивалось по клиническим данным, а также результатам лабораторно-инструментальных исследований, таким как общий анализ крови (с учетом лейкоформулы), мочи с мочевыми анализами, бак посев крови на стерильность, общий анализ мокроты и мазок на антибиотикограмму из нагноительного участка: полости рта, носоглотки и т.д. По показаниям рентгенологические исследования внутренних органов, показатели функции внешнего дыхания и т.д. Все больные на фоне стандартной базисной терапии получали тазорцил, а также препарат ремофлкс-нео 500 мг в 100 мл. Эти препараты вводятся внутривенно капельно 2 раза в день, в зависимости от состояния больных доза препарата была увеличена.

Результаты: на основании полученных клинико-лабораторных и инструментальных исследований, в том числе данных по лейкоцитарному индексу были оценены по различной степени тяжести: легкой у 61,3% больных, средней у 29% и у 9,7% больных тяжелой степени тяжести. У тех больных с тяжелой степенью тяжести наблюдались выраженные полиорганные недостаточности с показателями формулы крови. На фоне комплексной медикаментозной терапии заметно уменьшились одышка, кашель и общая интоксикация организма. У многих – 28 из 31 пациентов температура достоверно снизилась через 6-8 дней.

Вывод: комплексное лечение с использованием тазорцила и ремофлкс-нео способствовало значительному уменьшению степени выраженности клинических симптомов и показателей лабораторно-инструментальных исследований (общий анализ крови), рентгенологических данных и показателей функции внешнего дыхания, а также прогноза развития осложнений.

ІНДЕКС ЗАЛИШКОВОГО МІОКАРДІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Федорченко М. В., Середюк Н. М.

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

Новітні стратегії ведення хворих з інфарктом міокарда (ІМ), які включають в себе реваскуляризацію міокарда шляхом коронарного стентування чи аорто-, мамокоронарного шунтування, на сьогоднішній день в Україні застосовуються у 30-40% ургентних хворих такої категорії. Більша ж частина хворих лікуються шляхом призначення оптимальної медикаментозної терапії (ОМТ).

Тому **метою** нашої роботи було визначити індекс залишкового міокардіального резерву (ІЗМР) у хворих з ІМ.

Метеріали і методи: у процесі виконання роботи було обстежено 100 пацієнтів з ІМ. Пацієнти були рандомізовані на 4 групи в залежності від способу лікування. Контрольну групу склали (25 осіб), які отримували ОМТ без використання АТМТс (1-а група); 2 -а група (25 осіб) які окрім ОМТ отримували АТМТс; 3-я група (25 осіб) – отримували левокарнітин та аргініну гідрохлорид; 4-а група (25 осіб) – поєднання цих фармакологічних середників.

Досліджуваний препарат АТМТс (адвокард) призначали хворим по 30 мг 3 рази на день сублінгвально упродовж 3-х тижнів. Оцінювались: індекси скоротливої функції (ІСФ) міокарда, ІЗМР та індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ).

Результати проведених досліджень показали, що ІСФ ЛШ в основній групі збільшився з $0,94 \pm 0,02$ до $1,06 \pm 0,03$ ($p < 0,05$). В контрольній групі така динаміка недостовірна ($p > 0,05$). У пацієнтів групи АТМТс та в контролі спостерігалось обмеження міокардіального резерву ($0,51 \pm 0,006$ та $0,54 \pm 0,01$, відповідно). Після лікування в основній групі ІЗМР ЛШ становив $0,48 \pm 0,007$ ($p < 0,05$), що свідчило про достовірне поліпшення міокардіального резерву. В контрольній групі така динаміка відсутня. ІММЛШ у хворих групи АТМТс зменшився на 21,2% ($p < 0,05$) проти зниження на 8,4% ($p < 0,05$) в групі контролю. Середнє значення ІММЛШ у хворих основної групи зменшилось з $200,63 \pm 6,14$ до $158,13 \pm 5,04$ г/кг/1,73² ($p < 0,05$).

Висновки: застосування аденозин-трифосфатоглюконату-магнієво тринатрієвої солі є ефективним засобом для підвищення скоротливості міокарда та збільшення площі життєздатного міокарда.

**ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ МАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ
ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ
ЗАХВОРЮВАННЯ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
2 ТИПУ**

Фельдман Д. А., Риндіна Н. Г.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Ендоделіальна дисфункція, на сьогоднішній день, є ведучою патогенетичною ланкою, що поєднує розвиток атеросклерозу, цукрового діабету (ЦД) 2 типу та артеріальної гіпертензії (АГ).

Мета: визначити прогностичне значення маркерів ендоделіальної дисфункції у хворих на серцево-судинні захворювання з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: проведений аналіз літературних джерел, щодо визначення показників ендоделіальної дисфункції у хворих на серцево-судинні захворювання в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Результати: в якості факторів ендоделіальної дисфункції розглядалися ендоделіальний моноцитактивуючий пептид – II (EMAP-II) та асиметричний диметиларгінін (ADMA). У хворих на АГ з ЦД 2 типу EMAP-II дорівнював $4,86 \pm 2,3$ нг/мл; в контрольній групі - $1,08 \pm 0,53$ нг/мл, $p < 0,01$. Був виявлений прямий кореляційний зв'язок між індексом маси тіла, вмістом ліпідів крові, глікозильованого гемоглобіну, глюкози та EMAP-II. Продемонстровано, що при наявності ішемічної хвороби серця в крові збільшується вміст прозапальних маркерів, одним з яких є EMAP-II. [Могильницька Л.А. Маньковський Б.М., 2016].

У пацієнтів на ІХС в поєднанні з ЦД 2 типу рівень ADMA є значно вищим ніж у контрольній групі ($2,22 \pm 0,58$ мкМ/л; $0,46 \pm 0,12$ мкМ/л, $p < 0,0001$, відповідно). У хворих з атеросклеротичним ураженням коронарних судин вміст ADMA дорівнював більше $2,15$ мкМ/л, $p < 0,0001$. [Л. В. Журавльова, Н. А. Лопіна., 2016].

Висновки: вищеперераховані дані свідчать про важливу роль визначення маркерів ендоделіальної дисфункції у хворих на серцево-судинні захворювання в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу, що до підтвердження розвитку дисфункції ендоделіа, яка поєднує розвиток атеросклерозу та ЦД 2 типу. EMAP-II та ADMA є предикторами несприятливого перебігу серцево-судинних захворювань в поєднанні з супутнім ЦД 2 типу.

**ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ
НА НЕКОНТРОЛЬОВАНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**
Фещенко Ю. І., Яшина Л. О., Ігнатєва В. І., Опімах С. Г., Галай Л. А.

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

Мета дослідження – провести прогнозування впливу факторів ризику на неконтрольований перебіг бронхіальної астми (БА)

Матеріали і методи: обстежено 160 хворих на тяжку БА, у яких встановлено наступні 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 % довірчий інтервал. Для оцінки вірогідності розвитку окремих подій під впливом декількох факторів ризику було застосовано критерій Кохрана-Мантеля-Хензеля.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати: таблиця – фактори ризику неконтрольованого перебігу астми (ACQ > 1,5 балів) у хворих на тяжку астму

Фактор ризику	Відношення шансів	95 % довірчий інтервал	Вага фактору, %
FEV ₁ нижче 60 %	18,69	7,61 – 45,90	2,3
IC нижче 80 %	16,19	5,38 – 48,70	1,9
ITGV більше 120 %	4,78	2,39 – 9,53	6,8
ITGV/TLC більше 55 %	5,39	2,63 – 11,05	6,0
RV більше 120 %	4,13	2,11 – 8,08	7,6
RV/TLC більше 30 %	7,8	3,51 – 17,34	4,2
Алергічний риніт	3,94	1,96 – 7,91	7,3
Гастрозофагальна рефлюксна хвороба	11,15	1,38 – 90,22	0,8
Еозинофільне запалення	14,88	4,29 – 51,64	1,7
Недотримання режиму терапії	2,61	1,37 – 4,96	10,4
Незворотня бронхіальна обструкція	7,58	3,72 – 15,46	5,0
Нейтрофільне запалення	5,76	1,84 – 18,02	2,7
Обструкція дрібних бронхів	2,20	1,16 – 4,15	11,7
Патологія серцевосудинної системи	2,42	1,26 – 4,63	10,7
Пізній початок астми	2,61	1,38 – 4,95	10,6
Синдромом обструктивного апное-гіпноє сну	11,15	1,38 – 90,22	0,8
Тяжкі загострення	4,77	1,91 – 11,92	4,2
ІМТ більше 30 кг/м ²	6,07	2,89 – 12,76	5,3
Загалом:	4,86	4,05 – 5,83	100

Висновок: найбільш вагомими факторами втрати контролю над симптомами астми є обструкція дрібних бронхів, патологія серцевосудинної системи, пізній початок астми та недотримання режиму терапії – 11,7 %, 10,7 %, 10,6 % та 10,4 %, відповідно.

ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК ГІПЕРІНФЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Фещенко Ю. І., Яшина Л. О., Опімах С. Г., Полянська М. О.,
Власова Н. А.

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології
імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна*

Мета дослідження – провести прогнозування впливу факторів ризику на розвиток гіперінфляції легень у хворих на тяжку бронхіальну астму (БА)

Матеріали і методи: обстежено 160 хворих на тяжку БА, у яких встановлено наступні фенотипи захворювання: алергічна БА – у 60,0 % пацієнтів 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 % довірчий інтервал. Для оцінки вірогідності розвитку окремих подій під впливом декількох факторів ризику було застосовано критерій Кохрана-Мантеля-Хензеля.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати: таблиця – Фактори ризику розвитку гіперінфляції легень ($RV \geq 120$, $RV/TLC \geq 30$, $ITGV \geq 120$, $ITGV/TLC \geq 55$) у хворих на тяжку астму

Фактор ризику	Відношення шансів	95 % довірчий інтервал	Вага фактору, %
FEV_1 нижче 60 %	14,12	5,55 – 35,93*	5,5
Запалення (еозинофільне або нейтрофільне)	3,42	1,71 – 6,84*	16,0
Незворотня бронхіальна обструкція	11,48	5,43 – 24,30*	7,5
Обструкція дрібних бронхів	6,86	3,28 – 14,33*	10,7
Патологія серцевосудинної системи	2,47	1,27 – 4,83*	21,0
Пізній початок астми	5,72	2,86 – 11,42*	12,4
Тяжкі загострення	8,71	3,75 – 20,21*	7,2
ІМТ більше 30 кг/м ²	0,86	0,35 – 2,10	19,7
Загалом:	4,94	3,82 – 6,40*	100

Примітка. * – відношення шансів фактору ризику є статистично достовірним, $p < 0,05$.

Висновок: найбільш вагомими факторами розвитку гіперінфляції легень у хворих на тяжку БА є: еозинофільне або нейтрофільне запалення (16,0 %), обструкцію дрібних бронхів (10,7 %), супутня патологію серцево-судинної системи (21,0 %), пізній початок БА (12,4 %), ожиріння (19,7 %).

ТРОМБОЦИТАРНО-КОАГУЛЯЦІЙНИЙ ГЕМОСТАЗ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОГО УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ТА ЖОВЧНОГО МІХУРА

Філіпов А. Л., Стрільчук Л. М.

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

Не викликає сумнівів часте поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та уражень жовчного міхура (ЖМ), чому сприяє дисбаланс системи згортання крові. З метою вивчити особливості перебігу ІХС, стан серця, та гемостаз та прогноз за умов різного стану ЖМ обстежено 73 хворих (54 чоловіки і 19 жінок) на хронічну ІХС (медіана 60 років), в яких додатково оцінювались кількість тромбоцитів крові, їх агрегаційна активність, фібриноген, розчинні фібрин-мономерні комплекси (РФМК), D-димери. За сонографічно визначеним станом ЖМ пацієнти поділені на групи: інтактний (n=40), змінений (сладж, ознаки холециститу, деформації, холелітіаз, видалений ЖМ) (n=33).

Встановлено, що за умов змін ЖМ істотно частіше ІХС супроводжувалась хронічною недостатністю кровообігу II-III функціональних класів (82% vs 45%, $p=0,001$), достовірно нижчими значеннями гемоглобіну та еритроцитів та більш вираженим синдромом ендогенної інтоксикації (за креатиніном та сечовиною, усі $p<0,05$). Перебіг ІХС зі сладжем, ознаками холециститу та деформаціями ЖМ супроводжувався гіперкоагуляцією з перевагою різних ланок, тоді як холелітіаз – тенденцією до гіпокоагуляції. За умов змін ЖМ спостерігались здовження часу агрегації тромбоцитів (18,4 vs 16,0 сек, $p=0,09$), вищі значення рівнів загального фібриногену (3,9 vs 3,5 г/л, $p=0,04$), РФМК (4,0 vs 3,4 мг/дл, $p=0,0001$), D-димерів (206,0 vs 32,5 нг/мл, $p=0,006$), нижче значення протромбінового індексу (94,0 vs 99,0 %, $p=0,05$). Така різниця вимагає діагностики усіх ланок коагуляційного гемостазу з акцентом на D-димерах, РФМК та загальному фібриногені. Для пацієнтів з ІХС та змінами ЖМ притаманні частіші та більш виражені дилатації лівих відділів серця (передсердя: 4,4 vs 4,1 см, шлуночок: 5,4 vs 5,1 см, обидва $p=0,06$), тобто, діастолічна і систолічна дисфункції лівого шлуночка. За 3-річним аналізом виживання за методом Каплана–Майєра, зміни ЖМ є прогностичним фактором високого ризику кардіоваскулярних ускладнень у хворих на стабільні форми ІХС (виживання 49 % vs 89 %, тест Кокса 0,01).

**ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ
АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ
З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ
ТА СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Харченко Ю. Є., Самохіна Л. М., Крахмалова О. О., Гетман О. А.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета: дослідити загальну антиоксидантну активність (ЗАА) у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС) з урахуванням статі та віку.

Матеріали і методи. Обстежено 99 хворих на ХОЗЛ з супутньою ІХС, з них: 30 – середнього віку (26 чоловіків 37-60 років і 4 жінок 37-55 років), 58 – похилого віку (32 чоловіків і 26 жінок 56-74 років), 11 – старечого віку (9 чоловіків і 2 жінок 76-84 років), та 9 осіб в контролі (4 чоловіків і 5 жінок 36-50 років). Наявність та ступень тяжкості ХОЗЛ встановлювали відповідно з критеріями GOLD (2010 р.) та Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.; діагноз ІХС – згідно рекомендацій Європейського та Українського товариств кардіологів (2011 р.). ЗАА визначали в сироватці крові мікроспектрофотометричним методом, заснованого на здатності антиоксидантів, присутніх у зразку, пригнічувати окислення 2,2-азино-ди3-етилбензтіазолін-6-сульфонової кислоти. В якості контрольного матеріалу використовували розчини тролоксу 2,5-500 мкМ. Облік оптичної щільності здійснювали за допомогою мікропланшетного аналізатора ImmunoChem-2000 (США) при 630 нм. Статистичну обробку проведено методом Стьюдента-Фішера з використанням ліцензійного програмного забезпечення «Microsoft Excel».

Результати. Аналіз ЗАА в сироватці крові пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою ІХС з урахуванням віку дозволив виявити тенденцію до зростання порівняно з контролем у хворих середнього віку, зниження – у похилого віку і знову зростання у старечого віку, але останнє не перевищує контрольний рівень. Виявлені суттєві відмінності ЗАА між хворими середнього і похилого віку ($p < 0,001$) і у пацієнтів старечого віку порівняно з іншими віковими групами ($p < 0,05$). Аналіз ЗАА з урахуванням статі дозволив відзначити суттєву відмінність між чоловіками і жінками похилого віку: у жінок нижче ($p < 0,001$), що узгоджується з літературними даними, які стосуються здорових осіб. Лікування цієї категорії хворих передбачає обов'язкове призначення антиоксидантної терапії.

Висновок: ЗАА в сироватці крові пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою ІХС має вікові і статеві особливості, що стосуються більш жінок похилого віку. Врахування цих особливостей сприятиме підвищенню ефективності лікування, якості життя хворих.

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ САРКОИДОЗА

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

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина
Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина*

В настоящее время саркоидоз рассматривается как первичное иммунное заболевание, возникающее в ответ на воздействие неизвестного этиологического фактора и характеризующееся развитием альвеолита, формированием гранулем, которые могут фиброзироваться или рассасываться.

Цель: исследовать состояние иммунитета у больных саркоидозом с целью уточнения иммунных нарушений.

Материалы и методы: обследовано 10 больных саркоидозом с поражением органов грудной клетки и кожи. Исследовали показатели клеточного и гуморального иммунитета, а также напряжение иммунитета к внутриклеточной инфекции (хламидии, микоплазме, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Барр, ВПГ 1,2 типа).

Результаты: в общем анализе крови у 40% больных отмечена лимфопения; у всех больных было увеличено СОЭ до 30 мм в час. При исследовании иммунного статуса у 70% пациентов выявлено повышение общего количества Т-лимфоцитов (СД3) до $2,25 \pm 0,73$, в основном за счет Т-хелперов (СД4) $44\% \pm 0,56$, при этом имело место повышение иммунорегуляторного индекса СД4/СД8 до $2,5 \pm 0,6$. При анализе гуморального звена иммунитета существенных изменений не было выявлено, однако у 30% пациентов отмечено некоторое повышение ЦИК ($87,7\% \pm 1,3$) и уровня IgG ($16,3 \pm 1,1$). У 50% больных выявлены IgG к хламидиям, микоплазме. У 60% пациентов отмечено повышение титра IgG цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Барр, ВПГ 1,2 типа до $15,8 \pm 5,9$, что указывает на хроническое носительство герпетической инфекции.

Выводы: выявленный фактор хронической персистенции внутриклеточной инфекции при саркоидозе можно рассматривать как триггер: постоянная антигенная стимуляция может вести к нарушению регуляции выработки цитокинов у генетически предрасположенного к такой реакции индивидуума. При саркоидозе имеет место дисбаланс в соотношении популяций Т-лимфоцитов, их функциональной активности, перераспределение Т-клеток – их мобилизация в пораженных органах.

Основу иммунопатогенеза саркоидоза составляет реакция гиперчувствительности замедленного типа. Этот тип иммунного воспаления представляет собой эффекторную фазу специфического клеточного ответа.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ДІЇ КОМПОЗИЦІЙ СУМІШЕЙ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ АМОКСИЦИЛІНУ З НІТАЗОЛОМ

Христян Г. Є., Казмірчук В. В., Торяник І. І., Іваннік В. Ю.,
Макаренко В. Д., Грищенко М. І.

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

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Медичний університет, м. Київ, Україна

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета: дослідити антихелікобактерну дію композицій сумішей препаратів на основі амоксициліну з нітазолом.

Матеріал та методи: клініко - лабораторні, мікробіологічні, біохімічні.

Результати: вивчали активність нових композицій відносно клінічних штамів *H. pylori*. Результати свідчили на користь того, що найвищий рівень антихелікобактерної дії демонстрували композиції № 4 і 5. За цією характеристикою зазначені композиції були близькими до препарату порівняння "HELICOCIN®". Середнє значення діаметрів зон інгібіції росту для 12 штамів *H. pylori* композицій № 4 і 5 сягає $30,0 \pm 2,3$ мм. Проте, композиція № 5 містить меншу кількість амоксициліну (8,33 мас.%), ніж композиція № 4 (16,66 мас.%). Інші досліджені композиції, до складу яких включено ампіцилін, кларитроміцин, або амоксицилін у меншій кількості (4,17 мас.%) характеризувались нижчою антихелікобактерною активністю ($p < 0,05$), із варіаціями середніх значень діаметрів зони пригнічення росту штамів *H. pylori* від $22,7 \pm 1,3$ до $28,0 \pm 2,3$ мм. Тому, для подальших мікробіологічних досліджень було відібрано композицію № 5, яка містить компоненти у такому співвідношенні (мас. %): амоксицилін 8,33; нітазол 2,50; декамтоксин 0,01; гліцирам 0,10; пектин 10,00; кислота сорбінова 0,40; мікрокристалічна целюлоза 20,00; крохмаль кукурудзяний 20,00; цукор до 100. Експериментально визначені мінімальні інгібуючі концентрації (МІК) композиції № 5 і "HELICOCIN®" відносно 12 досліджених штамів *H. pylori* становили $1,13 \pm 0,25$ та $1,47 \pm 0,60$ мкг/мл, відповідно.

Висновок: порівнюючи власні результати з даними попередників, встановлено, що вони викривають загальні закономірності: поширеність резистентності до антибіотиків у *H. pylori* зростає. Останнє є основним чинником, який впливає на ефективність поточних терапевтичних режимів ерадикації збудника. Резистентність збудників до антибіотиків штамів *H. pylori*, вилучених у пацієнтів із виразковою хворобою, сягає від 26,7 % (метронідазол) та 17,2 % (кларитроміцин) до 11,2 % (амоксицилін) – 16,2 % (левофлоксацин): 9,6 % одночасно для декількох наведених вище антибіотиків.

ВИВЧЕННЯ ПОСТГІПЕРТОНІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ЕРИТРОЦИТІВ ЛЮДИНИ В МОДЕЛЬНОМУ ЕКСПЕРИМЕНТІ З ВИКОРИСТАННЯМ АМФІФІЛЬНИХ СПОЛУК

Чабаненко О. О., Єршова Н. А., Ніпот О. Є., Єршов С. С.,
Шапкіна О. О., Орлова Н. В., Шпакова Н. М.

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

Мета: оцінити вплив аніонного амфіфіла децилсульфата натрію (С10) та катіонного похідного феногіазину – трифторперазина (ТФП) на чутливість еритроцитів людини до постгіпертонічного шоку.

Матеріали і методи: для дослідження використовували еритроцити, отримані з цільної крові людини, заготовленої на глюгіцировому консерванті. Постгіпертонічний гемоліз еритроцитів здійснювали шляхом перенесення клітин в розчин, що містить 1,65 моль / л NaCl, 10мм фосфатний буфер, рН 7,4, на 20 хвилин з подальшим перенесенням аліквоти в фізіологічний розчин на 5 хв. Кількість гемоглобіну в супернатанті визначали спектрофотометрично при довжині хвилі 543 нм. За 100% приймали поглинання проби, в яку додавали детергент тритон Х-100 в концентрації 0,1%. Амфіфільні речовини додавалося в ізотонічну середу перед внесенням в неї клітин. Антигемолітичну активність визначали за формулою: $AG_{\max} = \frac{\kappa - a}{\kappa} \times 100\%$, де κ - величина гемолізу еритроцитів при відсутності амфіфільних речовини; a - мінімальна величина гемолізу еритроцитів у присутності амфіфільних речовини. Статистичну обробку результатів проводили за методом Стьюдента-Фішера.

Результати: показано, що, як С10, так і ТФП мають виражену захисну дію в умовах постгіпертонічного шоку еритроцитів людини. При цьому, концентрації С10, при яких спостерігається мінімальний гемоліз еритроцитів, охоплюють діапазон від 200 до 600 мкМ. Для ТФП відповідний діапазон складає 30 до 100 мкМ. Для порівняльної оцінки дії досліджених амфіфільних сполук з отриманих залежностей була розрахована антигемолітична активність. Відповідні значення для С10 – $65 \pm 5\%$, ТФП – $44 \pm 3\%$. Видно, що негативно заряджений С10 більш ефективний в умовах постгіпертонічного пошкодження еритроцитів у порівнянні з ТФП. Це може бути пов'язано з особливостями розподілу амфіфілів в еритроцитарній мембрані. Так, негативно заряджені сполуки переважно локалізуються у зовнішньому монослої ліпідного бішару мембрани, а позитивно – у внутрішньому.

Висновок: додавання в середовище регідратації амфіфільних сполук здатне підвищувати плинність мембрани. Це, з одного боку, перешкоджає формуванню пори, що проникна для гемоглобіну, а з іншого призводить до швидкої репарації мембранних дефектів. Ці два процеси, ймовірно, забезпечують підвищення стійкості клітин до постгіпертонічного шоку на етапі переведення клітини в ізотонічні умови.

**ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДИСБАЛАНСУ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ**
^{1,2}Черняєва А. О., ¹Кравчун Н. О., ²Дунаєва І. П., ^{1,2}Полозова Л. Г.,
¹Холодний О. В., ¹Романова І. П.

¹ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського
НАМН України», м. Харків, Україна

²Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Мета: оцінити стан ліпідного обміну у хворих на цукровий діабет (ЦД) залежно від рівня урикемії (ГУЕ) та урикурії (ГУУ).

Матеріали та методи: обстежено 206 осіб, у тому числі – 70 хворих на ЦД 1 типу (1-ша група), 64 хворих на ЦД 2 типу (2-га група) та 72 хворий на ЦД 2 типу із розвитком абсолютної інсулінозалежності (АІЗ) (3-я група). Рівень сечової кислоти (СК) у сироватці крові та сечі визначали колориметричним методом за допомогою набору реагентів «Спайн Лаб, UricasePOD» (Україна). Рівень загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС-ЛПВЩ) проводили ферментативним колориметричним методом на аналізаторі Флюорат-02-АВЛФ-Т. Рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та коефіцієнт атерогеності (КА) обчислювали розрахунковим методом. Статистичний аналіз проводили за допомогою пакету прикладних програм «Statgraphics Plus» (Manugistic Inc. USA).

Результати: за отриманими результатами не встановлено будь-яких значущих відмінностей щодо рівня ЗХС ХС-ЛПВЩ та ТГ у хворих на ЦД 1 типу залежно від стану пуринового обміну (ПО). У хворих на ЦД 2 типу не встановлено суттєвих відмінностей відносно рівня ЗХС ТГ, ХС-ЛПНЩ та ХС-ЛПДНЩ залежно від показників СК у крові та сечі. Між тим, за наявності дисбалансу ПО у хворих на ЦД 2 типу визначалося статистично значуще підвищення КА та зниження вмісту ХС-ЛПВЩ. У хворих 3-ої групи також проаналізовано показники ліпідного спектра крові залежно від наявності або відсутності ГУЕ та ГУУ. Слід зазначити, що в цій групі не було виявлено будь-яких значущих розбіжностей між виділеними підгрупами за рівнем ЗХС, КА, ТГ, ХС-ЛПНЩ, ХС-ЛПДНЩ. Статистично достовірні відмінності у хворих на ЦД 2 типу з АІЗ залежно від показників ПО встановлені лише відносно ХС-ЛПВЩ.

Висновок: відповідно до результатів проведеного дослідження за розвитку дисбалансу ПО у хворих на ЦД 1 типу визначено достовірне підвищення КА а також лише тенденція до підвищення рівнів ХС-ЛПНЩ та ХС-ЛПДНЩ. У хворих на ЦД 2 типу порушення ПО супроводжуються статистично значущим підвищенням КА та зниженням вмісту ХС-ЛПВЩ, а у хворих на ЦД 2 типу з АІЗ статистично достовірні відмінності залежно від показників ПО встановлено лише відносно ХС-ЛПВЩ.

СТАН ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Човганюк О. С., Оринчак М. А., Гаман І. О., *Шеремета О. М.,
Кочержат О. І., Александрук Д. П., Краснопольський С. З.,
**Палій О. Ю.

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

**«Клініка WestMedical», м. Івано-Франківськ, Україна*

***Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Мета дослідження: оцінити стан цитокінового профілю залежно від тяжкості перебігу серцевої недостатності (СН) та наявності чи відсутності інсулінорезистентності у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріал та методи: обстежено 124 хворих (49 чоловіки, 75 жінки) на АГ II-III стадії, ускладнену хронічною СН ФК II-IV (NYHA) та ознаками метаболічного синдрому (МС) за критеріями IDF (2007). Середній вік – (59±12) років, тривалість АГ – 7-20 років, СН – 2-6 років. Хворих розподілено на 3 групи в залежності від рівня ендogenousного інсуліну (ЕІ) в крові: 1 група – 69 хворих із нормальним рівнем ЕІ; 2 група – 30 хворих із реактивною гіперінсулінемією (ГІ); 3 група – 25 хворих із спонтанною ГІ. Для визначення тяжкості стану і оцінки стадії СН проводили 6-ти хвилинний тест ходьби та ехокардиографію. Проводили пероральний глюкозотолерантний тест із паралельним визначенням рівня глюкози (глюкозооксидазний метод) та ЕІ, фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α), трансформуючого фактору росту- β (ТФР- β), судинних розчинних молекул адгезії (sVCAM-1) та протизапальних цитокінів ІЛ-6, ІЛ-10 в крові (імуноферментний метод). Контроль – 20 практично здорових осіб відповідно віку.

Результати: у хворих 1 групи із СН ФК II рівень прозапального цитокіну ФНП- α в крові був підвищений в 2 рази порівняно з контролем ($p < 0,05$), інші прозапальні цитокіни (ІЛ-6, ТФР- β , sVCAM-1) мали лише тенденцію до збільшення ($p > 0,05$). Рівень ІЛ-10 виявився підвищеним у 3 рази порівняно з контролем ($p < 0,05$). У хворих 1 групи із СН ФК III рівні ФНП- α , ІЛ-6, ТФР- β та sVCAM-1 в крові виявились достовірно підвищеними у 2,5; 2; 2 рази та на 13%, відповідно, порівняно з контролем ($p < 0,05$); рівень ІЛ-10 в крові був підвищений у 3,5 рази порівняно з контролем ($p < 0,05$). У 2 групі із СН ФК III рівні ФНП- α , ІЛ-6, ТФР- β та sVCAM-1 в крові виявились підвищеними у 3; 2,5; 3 рази та на 36,94%, відповідно, порівняно з контролем ($p < 0,05$). Рівень ІЛ-10 був підвищеним у 6,5 разів порівняно з контролем ($p < 0,05$). У 3 групі та СН ФК III рівні ФНП- α , ІЛ-6, ТФР- β в крові були підвищеними у 3,5 рази та sVCAM-1 – на 48%, відповідно, порівняно з контролем ($p < 0,05$). Рівень ІЛ-10 виявився підвищеним у 14 разів порівняно з контролем ($p < 0,05$).

Висновок: у хворих із інсулінорезистентністю прогресування СН та ГІ супроводиться надпродукцією прозапальних цитокінів ФНП- α , ТФР- β , sVCAM-1 та протизапального цитокіну ІЛ-10 в крові у хворих на АГ.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА TCF7L2 НА МЕТАБОЛІЧНІ І ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ НАТЩЕ І ПОРУШЕНІЙ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ГЛЮКОЗИ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ

Шалімова А. С.

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

Мета роботи: дослідити асоціації поліморфізму гена TCF7L2 (кодує ядерний рецептор 3-катеніна, що бере участь в активації Wnt-сигнального шляху, відповідального за диференціювання і розвиток β -клітин підшлункової залози) з метаболічними і гемодинамічними порушеннями хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) і предіабет.

Матеріали і методи: обстежено 60 пацієнтів у віці 45-60 років з АГ без цукрового діабету (ЦД) 2 типу і предіабету (група 1), 84 пацієнта з АГ і предіабетом (43 з гіперглікемією натще (група 2) і 41 з порушеною толерантністю до глюкози (група 3)) і 30 практично здорових осіб. Оцінені вуглеводний і ліпідний профілі, інсулінорезистентність (IP) за НОМА-IR, проведені ехокардіографія і генотипування поліморфного маркера rs7903146 гена TCF7L2.

Результати: частота генотипів T/T і C/T (за даними дослідників асоціюються з розвитком ЦД 2 типу) у пацієнтів 1 і 3 груп достовірно не відрізнялася від контрольної. При цьому генотип C/C був встановлений лише у 37,2% пацієнтів групи 2 (з гіперглікемією натще), тоді як у 60% пацієнтів контрольної групи був присутній саме цей варіант генотипу ($p < 0,01$). Крім того у пацієнтів групи 2 достовірно частіше зустрічався «несприятливий» гомозиготним генотип T/T порівняно з контролем (13,9% і 3,3% відповідно, $p < 0,01$). Аналіз структурно-функціонального стану серця і судин в залежності від поліморфізму TCF7L не показав достовірних відмінностей показників в жодній групі. В той же час у пацієнтів груп 1, 2 і 3 наявність C/T і T/T генотипів асоціювалася з нижчими значеннями інсуліну та НОМА-IR та вищими рівнями глюкози і HbA1c порівняно з C/C генотипом ($p < 0,01$). Слід відзначити, що у пацієнтів груп 1 і 3, а також в групі контролю поліморфізм TCF7L2 не асоціювався з достовірними відмінностями рівнів показників ліпідного спектру крові, тоді як пацієнти групи 2 при наявності C/T і T/T генотипів мали більш виражені порушення ліпідного профілю – достовірно вищі рівні загального холестерину, тригліцеридів ($p < 0,001$) та ХС ЛПНЩ ($p < 0,05$) порівняно з C/C генотипом.

Висновки: у пацієнтів з АГ поліморфізм гена TCF7L2 асоціюється з розвитком гіперглікемії натще. Лише у гіпертензивних пацієнтів з гіперглікемією натще rs7903146 поліморфізм гена TCF7L2 асоціюється з вираженістю ліпідних порушень. При АГ зазначений поліморфізм впливає на вираженість вуглеводних порушень і не впливає на серцево-судинне ремоделювання.

ЗМІНИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ

Шапаренко О. В., Майорова М. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: провести порівняльну оцінку змін вуглеводного обміну при різних типах 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 та адипокінового обміну.

Рівень інсуліну крові натщесерце було визначено методом імуноферментного аналізу, рівень глюкози глюкозооксидантним методом.

Результати: вірогідних відмінностей щодо динаміки рівнів глюкози натщесерце, встановлено не було ні у 1, ні у 2 групах ($p > 0,05$). У пацієнтів 1 групи через 3 місяці лікування відбулись наступні зміни: зменшення рівня інсуліну – на 26,69 %, індексу НОМА – на 24,42 %, ($p < 0,05$). На тлі лікування раміприлом у комбінації з лерканідіпіном відзначено зменшення інсуліну на 44,26 %, індексу НОМА на 45,59 %, ($p < 0,05$). У пацієнтів 2 групи рівень інсуліну зменшився на 17,57 % більше у порівнянні з пацієнтами 1 групи, індексу НОМА – на 21,17 %, ($p < 0,05$). Проведене дослідження довело ефективність використання обох схем лікування у хворих на АГ й ожиріння за рахунок позитивного впливу на показники вуглеводного обміну.

Висновки: за результатами нашого дослідження у лікуванні хворих на АГ й ожиріння, у разі неефективності монотерапії інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ), перевагу слід надавати призначенню комбінації іАПФ й антагоністів кальцію. Застосування раміприлу та лерканідіпіну більш доцільне у хворих з коморбідністю АГ й ожиріння за рахунок кращого впливу на стан показників вуглеводного обміну.

ЗВ'ЯЗОК НЕСФАТИНЕМІЇ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Шапаренко О. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити несфатинемію та встановити наявність зв'язків з інсулінорезистентністю у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з ожирінням.

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

Учасникам дослідження було визначено рівень несфатину-1 з використанням тест-системи фірми Human NES ELISA KIT (Китай) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія), а також рівень інсуліну крові натщесерце методом імуноферментного аналізу з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми DRG Instruments GmbH (Германія) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія), рівень глюкози глюкозооксидантним методом.

Результати: за результатами кореляційного аналізу, виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем інсулінемії та несфатину-1 в усіх групах, найбільш тісний у хворих на АГ з супутнім ожирінням $r=0,58$ ($p<0,01$) порівняно з хворими на АГ без ожиріння $r=0,47$ ($p<0,01$). Це підтверджує виявлений зв'язок між індексом НОМА та рівнем несфатину-1 в усіх групах, особливо у групі на АГ й ожиріння, $r=0,39$ та $r=0,36$ ($p<0,01$), відповідно.

Висновки:

1. Встановлено наявність зв'язків між рівнем несфатину-1 та показниками вуглеводного обміну у хворих на АГ й ожиріння за даними кореляційного аналізу, а саме з інсуліном та індексом НОМА, що може бути пояснено стимуляцією β -клітин підшлункової залози

2. У хворих на артеріальну гіпертензію й ожиріння збільшення рівня несфатину-1 асоціюється з гіперінсулінемією, зниженням чутливості тканин до інсуліну.

ДЕЯКІ СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Шапкін В. Є.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Подальша розбудова загальної практики - сімейної медицини в Україні дає можливість вдосконалити систему профілактики, що лежить в основі найважливішої ланки вітчизняної медицини - первинної медико-санітарної допомоги.

Сімейна медицина дозволяє забезпечити дотримання таких основних принципів профілактики, як масовість і безперервність, багатофакторність і індивідуалізованість. Особливості загальної практики - сімейної медицини дають лікарям цього фаху певні переваги в порівнянні з дільничними терапевтами та педіатрами стосовно проведення заходів первинної, вторинної та третинної профілактики серед підшефного населення.

Нааявність безпосереднього контакту з соціальним середовищем, у якому знаходяться пацієнти не може не впливати на ефективність профілактичної роботи сімейних лікарів. На відміну від лікаря загальної практики дільничні терапевти та педіатри оцінюють тільки дорослих або тільки дітей та підлітків, уся сім'я у цілому не є об'єктом їх інтересу. В той же час фахівець з загальної практики – сімейної медицини вивчає побутові, санітарні, культурні, психологічні особливості, притаманні родині для з'ясування найбільш сприятливого варіанта проведення профілактичних заходів для оздоровлення окремих членів сім'ї. Оцінка процесу розвитку родини, що відбувається на очах сімейного лікаря поліпшує гнучкість його профілактичної роботи. А сумація інформації про окремі сім'ї створює у лікаря загальної практики чітку уяву про загальну ситуацію на всій його ділянці.

Саме профілактична робота через сім'ю дає можливість значно покращити цей напрямок медичної діяльності за рахунок соціальної складової. Соціальна спрямованість людини потребує певної уваги оточенню при роботі з окремими членами громади. А сім'я є первинною ланкою суспільства. Саме вона зможе найлегше забезпечити моральну підтримку, допомогу інших членів родини, спонукання до здорового образу життя та ін. при проведенні заходів первинної, вторинної та третинної профілактики.

Окремо слід зазначити, що навчання здоровому способу життя через сім'ю дозволяє зробити ці навички стійкими завдяки їх виконанню всіма членами родини.

Таким чином, істотні особливості загальної практики - сімейної медицини дозволяють істотно поліпшити виконання профілактичної роботи на рівні первинної медико-санітарної допомоги через оптимізацію використання тих соціальних можливостей, що дає «загальносімейний» підхід.

ЗАСТОСУВАННЯ ^{13}C -АМІЛАЗНОГО ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНИХ ПАНКРЕАТИТІВ

Шаповал О. А., Яцишин Р. І., Скробач Н. В., Вишиванюк В. Ю.,
Петрина В. О.

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

Існує велика кількість непрямих (неінвазивних) методів дослідження функціонального стану підшлункової залози (ПЗ), які характеризуються високою специфічністю відносно зовнішньо секреторної недостатності (ЗСН) ПЗ. Проте основним їхнім недоліком є відносно низька чутливість при початкових проявах захворювання. Високоінформативними та неінвазивними є дихальні тести, які дають можливість визначати функцію ПЗ за окремими групами ферментів, контролювати ефективність замісної ферментної терапії, диференціювати діарею панкреатичного та кишкового генезу вже на ранніх стадіях захворювання.

Мета: оцінити діагностичну цінність та інформативність ^{13}C -амілазного дихального тесту (^{13}C -АДТ) у хворих на ХП.

Матеріал і методи дослідження: обстежено 34 хворих на ХП: 11 жінок (32,4%) та 23 чоловіків (67,6%). Вік хворих коливався від 39 до 67 років, у середньому становив – (51,1±0,82) роки. У контрольну групу ввійшли 20 практично здорових осіб. Усім хворим було проведено визначення амілази в сироватці крові, копрограму, УЗД органів черевної порожнини. Наявність чи відсутність панкреатичної амілази оцінювали за допомогою ^{13}C -АДТ, використовуючи інфрачервоний аналізатор “Iris” фірми Wagner (Німеччина). Активність панкреатичної амілази оцінювали за сумарною концентрацією $^{13}\text{CO}_2$ у кінці тесту (на 360 хв).

Результати: у обстежених хворих на ХП больовий синдром був наявним у 88,2% хворих, диспепсичні розлади у вигляді нудоти у 52,9% хворих, блювання – 23,5% хворих, здуття живота – 70,5% хворих, діареї – 52,9%. При проведенні УЗД зміни, які характерні для ХП було виявлено у 90,6% пацієнтів. Згідно з результатами копрологічного дослідження у 73,5% хворих було виявлено стеаторею, у 41,2% – амілорею і у 52,9% – креаторею. Підвищений рівень амілази у сироватці крові спостерігався у 88,2% хворих. За результатами ^{13}C -АДТ виявлено порушення ЗСН підшлункової залози у 100% обстежених хворих на ХП (зниження максимальної концентрації $^{13}\text{CO}_2$ в кінці дослідження до (9,1±0,7)%, ($p<0,05$)).

Висновок: у результаті застосування ^{13}C -АДТ вдалось підвищити якість діагностики ХП. Висока чутливість, специфічність, неінвазивність, відсутність протипоказів та діагностична інформативність доводять доцільність та необхідність його застосування в комплексній діагностиці хворих на ХП.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Шелест Б. А.

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

Цель: установить предикторные свойства структурно-функциональных изменений миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ), сочетанной с сахарным диабетом (СД) и ожирением по прогнозированию развития гипертрофических типов ремоделирования на основе хемерина с использованием обычных лабораторных данных (липидограммы, гликемии и др.).

Материал и методы: чтобы увеличить качество прогноза заменили количественные изменения, представляя их в ранжированном виде. Ранг показателя (в нашем случае 0 или 1) указывали в зависимости от того больше или меньше его значения нежели точка раздела (cutoff value) – величина, при которой сумма чувствительности и специфичности исследуемого независимого показателя по отношению к прогнозируемому есть максимальной. Выбор точки раздела проводили путём построения ROC (Receiver Operator Characteristic) кривых на плоскости чувствительность-специфичность. Площадь под такой кривой – есть интегральной характеристикой прогностических качеств исследуемого предиктора.

Результаты: наиболее приемлемой для решения поставленной задачи есть метод дихотомической логистической регрессии. Для неё прогнозируемая изменяемая имеет только два значения: «1» - случай состоялся и «0» - он не состоялся. Относительный вклад отдельных предикторов выражается величиной статистики (Wald Chi-Square). В модель включали изменения, которые оценивают состояние хемерина, общего холестерина (ОХ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Логистическая модель позволила прогнозировать развитие сердечно-сосудистых осложнений с чувствительностью 92% и специфичностью 69%. Площадь под кривой (AUC) – 0,789 свидетельствует о высокой диагностической эффективности модели. Среди всех показателей, которые изучались наиболее чувствительны в прогнозировании развития гипертрофических типов ремоделирования имели уровни хемерина, ОХ, ЛПНП. Прогностические свойства к развитию гипертрофии миокарда ЛЖ у этих больных хемеринемия при уровне 211,23 пг/мл – пороговое значение (cut-off value).

Выводы: прогнозирование типов гипертрофического ремоделирования ЛЖ по данным уровней хемерина показывает высокую предикторную информативность данного адипокина.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕРИТРОЦИТІВ

Шило О. В., Ломако В. В.

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

Мета: оцінити особливості трансформації еритроцитів у крові за умов фізіологічного старіння.

Матеріали і методи: Експерименти проведено на білих безпородних щурах 6-, 12-, 18- та 24-х місячного віку відповідно до вимог Комітету з біоетики Інституту проблем кріобіології і кріомедицини НАН України. Розподіл форм еритроцитів за індексом сферичності (ІС) визначали, базуючись на отриманих методом малокутового розсіювання світла кривих осмотичної крихкості еритроцитів. Для зручності аналізу та інтерпретації результатів виділяли 4 переважаючі форми еритроцитів у наступних інтервалах ІС: (1...1,3) сфероцити (необоротна форма), (1,3...1,7) стоматоцити (оборотна форма), (1,7...2,1) нормальні та (2,1...3) сплюснені дискоцити

Результати: здатність еритроцитів до трансформації має адаптивне значення і визначає рівень їх функціональної активності. Співвідношення кількості дискоцитів, перехідних (сфероїди, еритроцитів здатність до трансформації має адаптивне значення і визначає рівень їх функціональної активності, ехіноцити, ямкові) і дегенеративних (сфероцити, шизоцити, пойкилоцити) форм є основним показником трансформації еритроцитів. Щільність розподілу еритроцитів за ІС є важливою об'єктивною характеристикою крові.

Установлено, що розподіл форм еритроцитів за ІС у крові щурів відрізнявся по вікових групах. У 12-и та 24-х місячних щурів спостерігали зменшення кількості як нормальних (на 28,4 і 37% відповідно), так і високорезистентних сплюснених дискоцитів (на 75 і 41,6% відповідно), а у 18-и місячних щурів вона зростала (була найвищою) на 11,6 і 49,1% відповідно порівняно з 6-и місячними тваринами. Отже частина змінених форм еритроцитів як оборотних, так і необоротних була найменшою також у 18-и місячних щурів і більшою у 12-и і 24 місячних порівняно з 6-и місячним віком. Частка змінених форм між групами 12-и і 24-х місячних щурів статистично значимо не відрізнялася.

Висновок: визначено, що розподіл форм еритроцитів за ІС у крові щурів за умов старіння має вікові особливості: кількість нормальних дискоцитів і, особливо, їх високорезистентних сплюснених форм, була найбільшою у 18-и місячних щурів, а найменшою – у 12-и місячних порівняно з іншими віковими групами. Частина змінених форм еритроцитів (оборотних і необоротних) була найменшою у 18-и, більшою – у 12-и й 24-х місячних щурів.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шапо В. Л., Несен А. А., Валентинова И. А.

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

Цель: изучить такие показатели качества жизни как физическое и психическое здоровье у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от степени его компенсации.

Материалы и методы: обследовано 52 пациентов, страдающих АГ II ст., 2-3 степени в сочетании с СД 2 типа и находящихся в условиях стационара. В качестве контрольной группы обследовано 21 больной АГ с нормальным углеводным обменом. Обследование включало проведение клиничко-лабораторных методов исследования (сбор анамнеза, клинический осмотр, состояние липидного обмена, показатели углеводного обмена с определением степени компенсации СД 2 типа по данным уровней гликозилированного гемоглобина). При этом у 29 пациентов отмечалась компенсация СД 2 типа, а у 23 больных - стадия субкомпенсации. У всех больных определяли стояние физического и психического здоровья по опроснику изучения качества жизни SF-36.

Результат: анализ уровней артериального давления (АД) показал, что при присоединении к АГ СД 2 типа отмечается более выраженное повышение как систолического, так и диастолического АД в сравнении с пациентами АГ и нормальным углеводным обменом. При этом, в группе больных АГ в сочетании с СД 2 типа отмечались наиболее высокие показатели АД в случае субкомпенсированного СД в сравнении с компенсированным, однако эти изменения имели недостоверный характер. При исследовании КЖ в зависимости от степени компенсации СД 2 типа было установлено, что на фоне его компенсации отмечалось достоверное повышение физического здоровья в сравнении с пациентами с субкомпенсированным СД 2 типа ($p < 0,05$). При этом показатель психического здоровья не зависел от степени компенсации СД и достоверно не отличался при различных степенях его компенсации ($p > 0,05$).

Выводы: таким образом, больные АГ в сочетании с СД 2 типа при его субкомпенсации характеризовались наиболее высокими показателями АД. На показатель физического здоровья оказывало влияние состояние степени компенсации СД 2 типа при АГ, в то время как показатель психического здоровья не зависел от субкомпенсации или компенсации СД.

**ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО
ТИСКУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ВТОРИННИМ
СИНДРОМОМ РЕЙНО**

Штефюк О. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Метою роботи є вивчення особливостей перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) у поєднанні з вторинним синдромом Рейно (СР).

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 20 хворих на РА з АГ та вторинним СР (І група) та 22 пацієнти з РА та АГ (ІІ група). Вік хворих коливався від 24 до 72 років, тривалість хвороби від 3 до 19 років. Серед обстежених переважали жінки – 37 осіб.

Вивчали лабораторні (РФ, СРБ, ШОЕ) та інструментальні показники (добовий моніторинг артеріального тиску – (ДМАТ) за допомогою приладу АВРМ 4 “Meditech” (Угорщина)). Визначалися наступні показники: середньодобовий, денний та нічний САТ, середньодобовий, денний та нічний ДАТ.

Результати дослідження. Провівши моніторинг отриманих даних було встановлено, що ізольовану систолічну АГ мали 5 (12,2%) хворих, а ізольовану діастолічну АГ – 2 (4,88%) пацієнтів. В І групі обстежених середньоденні та середньонічні показники САТ і ДАТ були достовірно вищими ніж у пацієнтів ІІ групи ($p < 0,05$). Встановлені кореляційні зв'язки між рівнями середньодобових САТ, ДАТ, варіабельності САТ, ДАТ та рівнем активності РА у І групі ($r = 0,45$, $p < 0,05$; $r = 0,38$, $p < 0,05$; $r = 0,36$, $p < 0,05$; $r = 0,41$, $p < 0,05$ відповідно) та у ІІ групі ($r = 0,51$, $p < 0,05$; $r = 0,43$, $p < 0,05$; $r = 0,39$, $p < 0,05$; $r = 0,45$, $p < 0,05$ відповідно). У І групі рівень СРБ, РФ та ШОЕ був вірогідно вищий ніж у хворих ІІ групи ($p < 0,05$). Ступінь нічного зниження САТ та ДАТ у І групі був вірогідно нижчий ніж у ІІ групі ($p < 0,05$). Слід зазначити, що більшість пацієнтів І і ІІ групи мали несприятливий профіль АТ – «нон-діппер» – 21 (50%), профіль «діппер» встановлено у 16 (38,1%) хворих, «найт-пікер» – у 3 (7,14%), «овер-діппер» – у 2 (4,76%).

Висновки. Зміни показників добового профілю АТ встановлені у більшості обстежених пацієнтів, проте, більш виразні показники були у групі хворих, які мали СР. У хворих на РА з АГ вторинний СР асоціюється з високою активністю РА, що є прогностично несприятливою ознакою в його перебігу.

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ОЗНАК МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Щербиніна М. Б., Гладун В. М.

*Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара,
м. Дніпро, Україна*

На практиці клініцисти стикаються з багатосторонністю діагностики метаболічного синдрому (МС), складовою якого визнана інсулінорезистентність. Гіперглікемія, що має системний вплив на організм, призводить до порушення білкового, ліпідного та мінерального обмінів. В зв'язку з цим передбачається, що при МС показники глюкози, загального білка, ліпідів та кальцію (Ca) можуть бути взаємопов'язаними.

Мета дослідження: вивчити залежність змін показників білкового та ліпідного обміну, а також рівня Ca від кількості глюкози сироватки крові при МС.

Матеріали та методи: опрацьовано лабораторні показники 183 пацієнтів з МС. Результати оброблені статистично з використанням пакетів програмного забезпечення Excel та SPSS (версія 19.0). Для обчислення міри зв'язку між ознаками, заданими в кількісному вигляді, використовували коефіцієнт кореляції Пірсона (r). Для з'ясування достовірної різниці показників, використовували t -критерій Стьюдента. За рівень помилки першого роду було обране значення $p^*=0,05$. За критерієм відмінності між показниками вважались суттєвими у разі, якщо $p<0,05$.

Результати: аналіз показав, що підвищені рівні глюкози були у 50,3% (n=92) обстежених, Ca – у 50,5% (n=93), загального холестерину (ЗХ) – у 25,7% випадків (n=47), за фракціями ЗХ: у 34,1% (n=63) були підвищені тригліцериди (ТГ), тоді як концентрація ліпопротеїдів високої щільності навпаки знизилась у 36,1% обстежуваних (n=66). У випадках підвищеного рівня глюкози (n=54) найчастіше одночасно була збільшена концентрація Ca сироватки крові – у 29,3% пацієнтів. Був встановлений сильний кореляційний зв'язок ($r=0,63$, $p<0,05$) між цими показниками. Між рівнями ТГ та глюкозою встановлений середній кореляційний зв'язок ($r=0,42$, $p<0,05$), при підвищенні рівня глюкози одночасно підвищується рівень ТГ (19,7%, n=36). У 17,5 % (n=32) обстежуваних одночасно спостерігалось підвищення глюкози при зниженні загального білка. Встановлений слабкий кореляційний зв'язок ($r=0,2$, $p<0,05$) між цими показниками. Відмічене зниження загального білка при концентрації глюкози від 5,6 до 10 ммоль/л, тоді як при рівні 10 ммоль/л і більше він знов залишається в межах норми.

Висновок: показане, що гіперглікемія пов'язана з гіперкальціемією та гіпертригліцеридемією. Має місце тенденція до зв'язку гіперглікемії з гіпопротеїнемією, особливо при концентрації глюкози від 5,6 до 10 ммоль/л, що може вказувати на патогенетичні особливості МС.

АНГІОТЕЗИН-(1-7) ТА АПЕЛІН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ДИНАМІЦІ ТЕРАПІЇ БЛОКАТОРАМИ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ

Юшко К. О., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Снігурська І. О.,
Дунаєвська М. М., Конькова В. С.

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

Мета: дослідити вплив комбінованого 12-ти місячного лікування із застосуванням блокатору рецепторів ангіотензину (БРА) олмесартану або інгібітору ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) раміприлу на фоні прийому антагоніста кальцію лерканідипіну та гіполіпідемічної та антидіабетичної терапії на рівні ангіотензину-(1-7) та апеліну в крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи: обстежено 76 хворих на ГХ II ст. 2-3 ст. з ЦД 2 типу (37 чоловіків та 39 жінок) в динаміці 12 міс. комбінованого лікування із застосуванням БРА олмесартану в дозі 20-40 мг/доба (група О, n=35) або іАПФ раміприлу в дозі 5-10 мг/доба (група Р, n=35) на фоні прийому лерканідипіну, аторвастатину та метформіну. Рівні ангіотензину-(1-7) та апеліну в крові визначали імуноферментним аналізом. Контрольну групу склали 21 практично здорова особа.

Результати: рівні ангіотензину-(1-7) наприкінці терапії вірогідно відрізнялися лише в групі О, де спостерігалось вірогідне зростання його концентрації на 20,3% та досягнення значень таких в контрольній групі - 130,43(124,42;138,37) нг/л проти 108,39(92,32;121,17) нг/л на початку лікування ($p<0,01$) та 128,77(120,02;276,49) нг/л групи контролю ($p>0,05$). Серед групи Р рівні ангіотензину-(1-7) склали 112,09(104,3;115,33) нг/л, що вірогідно не відрізнялося від базальних рівнів ($p>0,05$) та було вірогідно нижче ніж в групі контролю ($p<0,01$) та групі О в кінці терапії ($p<0,01$). В динаміці 12 місячної терапії в обох групах відмічалось вірогідне збільшення рівнів апеліну в крові, котре не досягало значень групи контролю. Серед хворих групи О наприкінці лікування рівні апеліну склали 0,976(0,904;1,083) нг/мл проти 0,871(0,84;0,924) нг/мл на початку лікування ($p<0,01$) (збільшення рівнів на 12,4%). У хворих групи Р рівні апеліну склали 0,940(0,866;1,058) нг/мл проти 0,875 (0,788;0,931) нг/мл ($p<0,01$) (збільшення рівнів на 7,4%). При цьому рівні апеліну наприкінці лікування вірогідно не відрізнялися між собою в зазначених групах ($p>0,05$).

Висновки: застосування олмесартану з лерканідипіном або раміприлу з лерканідипіном на фоні антидіабетичної та гіполіпідемічної терапії викликає достовірне підвищення рівнів апеліну в крові. Застосування олмесартану з лерканідипіном на відміну від раміприлу з лерканідипіном викликає достовірне підвищення рівнів ангіотензину-(1-7) в крові.

РІВЕНЬ ВИСОКОЧУТЛИВОГО С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА ПЛАЗМИ КРОВІ ТА СТАН СИСТЕМИ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ, АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Яловенко М. І., Ханюков О. О.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

Мета: оцінити рівень високочутливого СРБ (вч-СРБ) та стан системи цитокінів (інтерлейкінів-1, -6, -10 (ІЛ-1, -6, -10)) як основних маркерів хронічного запалення у пацієнтів з фібриляцією передсердь (ФП), артеріальною гіпертензією (АГ), ішемічною хворобою серця (ІХС) та хронічною серцевою недостатністю (ХСН).

Матеріали і методи: обстежено 78 хворих з АГ, ІХС та ХСН (середній вік - 66,3±1,0 років, серед них переважали чоловіки – 43 (55,1 %)). Хворі були поділені на 2 групи. До 1 групи (n=42) увійшли пацієнти з постійною формою ФП, АГ, ІХС та ХСН. Групу 2 (n=36) склали хворі на АГ, ІХС та ХСН без ФП. Всім пацієнтам проводили фізикальні, загальноклінічні обстеження, біохімічне дослідження крові; методом імуноферментного аналізу визначали рівні вч-СРБ та цитокінів. Виконували 12-канальну електрокардіографію (ЕКГ), проводили добуве моніторування ЕКГ, трансторакальну ехокардіографію (Ехо-КГ).

Результати: рівні вч-СРБ, ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-10 були достовірно вищими у пацієнтів, які мали постійну форму ФП: вч-СРБ (4,12 мг/л [3,51; 6,77] проти 3,15 мг/л [2,67; 5,24], $p=0,005$), ІЛ-1 (11,21 пг/мл [4,64; 17,24] проти 4,57 пг/мл [3,52; 12,44], $p=0,03$), ІЛ-6 (7,09 пг/мл [5,87; 13,77] проти 5,89 пг/мл [4,61; 12,90], $p=0,04$), ІЛ-10 (33,04 пг/мл [15,91; 35,54] проти 14,50 пг/мл [6,49; 21,74], $p=0,001$). За допомогою ROC-аналізу розраховані критичні значення для кожного показника, при досягненні яких збільшується відносний ризик розвитку ФП: вч-СРБ $\geq 3,18$ мг/л (AUC=0,687; 95% ДІ 0,572-0,787), ІЛ-1 $\geq 8,64$ пг/мл (AUC=0,64; 95% ДІ 0,523-0,745), ІЛ-6 $\geq 5,34$ пг/мл (AUC=0,633; 95% ДІ 0,516-0,739), ІЛ-10 $\geq 23,0$ пг/мл (AUC=0,745; 95% ДІ 0,633-0,837).

Встановлено, що при досягненні критичних рівнів вч-СРБ $\geq 3,18$ мг/л, ІЛ-1 $\geq 8,6$ пг/мл та ІЛ-10 ≥ 23 пг/мл очікувана імовірність ризику розвитку ФП складає 97,1 %; при підвищенні вч-СРБ та ІЛ-10 вище критичного рівня – 76%; при підвищенні вч-СРБ та ІЛ-1 – 52,4%, відповідно.

Висновок: у пацієнтів з АГ, ІХС, ХСН та постійною формою ФП виявлено достовірне (у порівнянні особами без наявності ФП) підвищення в плазмі крові рівнів вч-СРБ, ІЛ-1, ІЛ-6 та ІЛ-10, що свідчить про важливу роль хронічного системного запалення в розвитку постійної форми ФП. Встановлено, що найбільший прогностичний потенціал для оцінки імовірності порушення ритму серця за типом постійної форми ФП мають показники вч-СРБ $\geq 3,18$ мг/л, ІЛ-1 $\geq 8,6$ пг/мл та ІЛ-10 ≥ 23 пг/мл.

**«ШКОЛА ТЕРАПЕВТІВ ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ» –
ПІДСУМКИ 15 РОКІВ ДІЯЛЬНОСТІ**

Ярина Н. А., Несен А. О.

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

Всеукраїнські виїзні науково-практичні конференції «Школи терапевтів імені Л. Т. Малої» – не тільки форма впровадження наукових розробок в роботу лікувально-профілактичних закладів, але й підвищення рівня професійної освіти лікарів України.

Ці науково-практичні конференції проводяться Інститутом терапії понад 30 років, а вже 15 років вони носять назву «Школа терапевтів імені Л. Т. Малої». За цей час були здійснені виїзди майже в усі області України (окрім Київської), а в деякі області – неодноразово.

У 2004 р. на виїзних конференціях в Полтавській, Донецькій, Сумській та Житомирській областях підвищили кваліфікацію 615 лікарів. Впроваджено 49 наукових розробок у вигляді патентів України, методичних рекомендацій, авторських свідоцтв, нововведень та наукових статей; у 2005 р. в Миколаївській, Херсонській, Кіровоградській, Чернігівській, Львівській – 845 лікарів, впроваджено 51 наукову розробку; у 2006 р. в Вінницькій, Миколаївській, Рівненській та Дніпропетровській – 568 лікарів, 62 розробки; у 2007 р. – в Хмельницькій, Черкаській, Одеській, Закарпатській – 854 лікарів, впроваджено 67 розробок; у 2008 р. – в Тернопільській, Запорізькій, Автономній Республіці Крим, Житомирській – 871 лікар, 64 розробки; у 2009 р. – в Луганській, Сумській, Волинській та Чернівецькій областях – 887 лікарів, 47 розробок; у 2010 р. – в Черкаській, Полтавській, Херсонській і Львівській – 658 лікарів, 55 розробок; у 2011 р. – в Рівненській, Івано-Франківській, Миколаївській, Дніпропетровській та АР Крим – 850, 63 розробки; у 2012 р. – в Вінницькій, Хмельницькій, Закарпатській та Чернігівській – 745 лікарів та 49 розробок; у 2013 р. – в Чернівецькій, АР Крим, Миколаївській та Рівненській – 605 лікарів, 59 розробок; у 2014 р. – в Тернопільській, Львівській, Волинській та Одеській – 811 лікарів і 49 розробок; у 2015 р. – в Закарпатській, Херсонській, Чернігівській та Хмельницькій – 526 лікарів і 52 розробки; у 2016 р. – в Чернівецькій, Черкаській, Рівненській та Житомирській – 488 лікарів, 45 розробок; у 2017 р. – у Кіровоградській, Полтавській, Одеській та Івано-Франківській – 463 лікарів, 44 розробки; у 2018 р. – в Закарпатській та Хмельницькій – 380 лікарів, впроваджено – 34 наукові розробки.

За останні 15 років в закладах охорони здоров'я областей України було впроваджено 364 наукові розробки Інституту. За цей час 10 166 лікарів України підвищили рівень професійної освіти при проведенні «Шкіл терапевтів імені Л.Т. Малої».

Проведення «Шкіл терапевтів імені Л. Т. Малої» сприяє більш плідним, конструктивним взаєминам між ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» і лікувально-профілактичними закладами України та наближує наукові досягнення до практичної охорони здоров'я.

САРКОПЕНІЧНЕ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Яцишин Р. І., Стойка І. В., Герич П. Р., Штефюк О. В.

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

У хворих на ревматоїдний артрит (РА) саркопенія часто зустрічається разом з ожирінням, яка має назву саркопенічне ожиріння.

Саркопенічне ожиріння – атрофія м'язових волокон зі зменшенням загальної м'язової маси, що супроводжується надмірним відкладенням жирової клітковини. При цьому вага залишається на колишньому рівні. Одним з головних методів дослідження є біоімпедансометрія, який дозволяє оцінити масову частку м'язової тканини, підшкірного та вісцерального жиру. Біоімпедансометрія базується на проведенні невідчутного електричного струму, різна опірність жиру та м'язів дозволяє визначити їхні масові частки в організмі.

Мета роботи. Дослідити саркопенічне ожиріння у хворих на ревматоїдний артрит.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 30 жінок хворих на РА, ступінь активності II-III, Rtg-стадія II-III, ФНС II ступеня. Для діагностики саркопенії було використано алгоритм діагностики саркопенії EWGSOP (2009). Проведено опитування пацієнтів за допомогою опитувальника SarQoI. Визначали ІМТ та динамометрію. Проводили визначення масової частки м'язової тканини, підшкірного та вісцерального жиру за допомогою біоімпедансного монітору складу тіла OMRON BF 511.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами опитувальника SarQoI та додаткових методів дослідження у 87,5% пацієнтів діагностовано саркопенію. Середні показники динамометрії знаходились у межах $18,3 \pm 0,7$ кг і були значно нижчими, ніж у здорових $28,3 \pm 0,5$ кг. У 57% хворих на ревматоїдний артрит у поєднанні з саркопенією було діагностовано саркопенічне ожиріння. Масова частка підшкірної жирової тканини у групі хворих осіб складала $37,9 \pm 3,7\%$, що відповідало високому та дуже високому рівню ожиріння, порівняно з групою здорових осіб – $28,3 \pm 3,9\%$. Середні показники масової частки вісцерального жиру складала 13 ± 3 , у групі здорових осіб – 8 ± 2 . Масова частка скелетних м'язів у хворих осіб були у межах $21,2 \pm 1,7$, тоді як у групи здорових осіб – $29,3 \pm 1,6$.

Висновок. Біоімпедансний монітор складу тіла є основним методом дослідження у діагностиці саркопенічного ожиріння, яке є важливим додатковим синдромом у хворих на ревматоїдний артрит.

ВІТАМІН D ТА ХОЗЛ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Яцишин Р. І., Чернюк Н. В., Герич П. Р., Доскалюк Б. В.,
Федорович Х. М.

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

Вступ: вітамін D традиційно відомий своєю роллю в гомеостазі кальцію і фосфору. Проте, в останні роки плеiotропний ефект вітаміну D був виявлений при різних захворюваннях. Дефіцит даного вітаміну може бути закладеним в основі етіології широкого спектру недуг. Однак, зв'язок між вітаміном D і хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) на даний час належно не вивчений.

Метою даного дослідження було проведення систематичного огляду літератури, спрямованого на визначення і оцінку взаємозв'язку між вітаміном D і ризиком розвитку, тяжкістю, частотою загострень ХОЗЛ, а також можливістю їх попередження.

Матеріали та методи: було виконано пошук літератури у науково метричних базах MEDLINE, Google Scholar і Hinari-Health за такими ключовими словами як «вітамін D», «ергокальциферол» та «ХОЗЛ». До огляду були включені контрольовані дослідження в яких вивчався взаємозв'язок вітаміну D та клінічного перебігу ХОЗЛ. Критеріями виключення були: 1) презентація даних у вигляді тез конференцій, клінічних випадків, листів до редакції; 2) залучені особи попередньо отримували препарати вітаміну D; і 3) рівні вітаміну D були кількісно визначені тільки за 1,25 (ОН) 2D.

Результати: в ході аналізу досліджень визначено, що у пацієнтів з дефіцитом вітаміну D на 77% вища ймовірність розвитку ХОЗЛ в порівнянні з контрольною групою (OR: 1.77, 95% CI: 1.18, 2.64, P=0.006). Тільки у декількох дослідженнях повідомлялось про зв'язок дефіциту вітаміну D та тяжкістю ХОЗЛ. У серії мета-аналізів не було виявлено істотної асоціації між дефіцитом вітаміну D і загостренням ХОЗЛ. На противагу цьому, в іншому дослідженні викладено, що препарати вітаміну D істотно знижують частоту помірних / важких загострень ХОЗЛ у хворих з вихідним рівнем 25(ОН)D у плазмі крові <25 нмоль / л; у пацієнтів з більш високим рівнем вітаміну D така залежність не простежувалась.

Висновки: враховуючи такі контрoверсійні результати проведених мета-аналізів, в перспективі необхідно провести подальші дослідження, які зможуть підтвердити чи спростувати роль вітаміну D в клінічному перебігу ХОЗЛ. Усвідомлення даного взаємозв'язку може сприяти підвищенню ефективності менеджменту цього захворювання.

ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ЗНИЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Яшина Л. О., Фещенко Ю. І., Ігнатєва В. І., Гуменюк Г. Л., Зволь І. В.

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

Мета дослідження – провести прогнозування впливу факторів ризику на зниження толерантності до фізичного навантаження у хворих на тяжку бронхіальну астму (БА)

Матеріали і методи: обстежено 160 хворих на тяжку БА, у яких встановлено наступні фенотипи захворювання: алергічна БА – у 60,0 % пацієнтів 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.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати: таблиця – фактори ризику зниження толерантності до фізичного навантаження (тест з 6 хвилинною ходою < 300 метрів) у хворих на тяжку астму

Фактор ризику	Відношення шансів	95 % довірчий інтервал	Вага фактору, %
FEV ₁ нижче 60 %	7,54	2,77 – 20,48	5,2
IC нижче 80 %	18,45	7,65 – 44,49	2,9
ITGV більше 120 %	8,0	3,65 – 17,55	6,2
ITGV/TLC більше 55 %	3,15	1,53 – 6,47	11,4
RV більше 120 %	4,3	2,06 – 8,98	9,6
RV/TLC більше 30 %	2,87	1,38 – 5,95	11,5
Запалення (еозинофільне або нейтрофільне)	3,44	1,66 – 7,13	10,5
Незворотня бронхіальна обструкція	5,30	2,48 – 11,31	8,3
Обструкція дрібних бронхів	20,80	6,08 – 71,14	2,5
Патологія серцевосудинної системи	11,48	3,86 – 34,17	3,8
Пізній початок астми	2,20	1,08 – 4,44	14,6
Синдромом обструктивного апное-гіпноє сну	8,56	3,03 – 24,16	3,2
Тяжкі загострення	12,58	5,45 – 29,07	3,9
ІМТ більше 30 кг/м ²	7,41	3,44 – 15,98	4,6
Загалом:	5,85	4,72 – 7,24	100

Висновок: найбільш вагомими факторами зниження толерантності до фізичного навантаження є: пізній початок астми (14,6 %), еозинофільне або нейтрофільне запалення (10,5 %), порушення показників функції зовнішнього дихання – ITGV/TLC більше 55 % (11,4 %), RV/TLC більше 30 % (11,5 %).

THE DEGREE OF DEVELOPMENT AND THE ROLE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF NON-ALCOHOL FATTY DISEASE OF LIVER AND CHRONIC DISEASE IN PATIENTS WITH OBESITY

Antoniv A. A.

Higher educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Introduction: the increase in the frequency of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) comorbid flow on the background of obesity and chronic kidney disease (CKD) cases in people of working age in Ukraine and in the world necessitates conducting research on mechanisms of mutual burden and finding new factors for the progression pathogenesis of this comorbidity.

The aim of the study: instal the degree of development and the role of endothelial dysfunction in the development and progression of non-alcohol fatty disease of liver and chronic disease in patients with obesity.

Material and methods of research: 354 patients with NAFLD were examined: 84 of them were NAFLD with obesity grade I (1 group), which contained 2 subgroups: 32 patients with NAS and 52 patients with NASH; 270 patients with NAFLD with comorbid obesity of the I degree and CKD I-III stage (group 2), including 110 patients with NAS and 160 patients with NASH, who were on inpatient treatment in therapeutic department №1 and 2, gastroenterology departments of Chernivtsi Regional Municipal Establishment "Hospital of emergency medical aid - University Hospital", which is the clinical base of the Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases in 2014-2018. The control group consisted of 90 patients with CKD of I-III stage with normal body mass (Group 3) and 30 practically healthy persons (PHPs).

Research results: as a result of the study of features of the functional endothelium for the comorbidity of chronic kidney disease (CKD): chronic pyelonephritis with obesity and non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) depending on its form and from the stage of CKD, established rising endothelium dysfunction which arises as a result of metabolic intoxication (hyperlipidemia, postprandial hyperglycemia, increase in the degree of IP, hyperleptinemia, deficiency of adiponectin, increase of oxidative and nitrositive (hyperactivation iNOS) stress, and reduce the endothelium dependent vasodilatation of the branchial artery, deficiency and synthesis of liberation of nitrogen monoxide (endothelium-relaxant factor) due to the shortage of endothelial NO-synthase, a substantial increase in the pool of peeled endothelial cells that circulation in the blood.

Conclusions: the establishment of a disorder of endothelium dysfunction are essential pathogenetic factors and inducers of progression NAFLD and CKD on the background of obesity. Endothelium dysfunction progresses in the transformation of nonalcoholic steatosis in steatohepatitis, from joining to NAFLD CKD, progressing with the growth stage CKD, degree of insulin resistance, leptin resistance, intensity of oxidative and nitrositive stress, lipid distress syndrome.

**DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF PERIPHERAL BLOOD ANALYSIS
IN PREVENTION OF EARLY INFECTIOUS COMPLICATIONS
AFTER KNEE AND HIP JOINT ARTHROPLASTY**

Dielievska V. Yu., Borzova O. Yu., *Marushchak O. P.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**National Academy of Medical Sciences of Ukraine SI "Sytenko Institute
of Spine and Joint pathology", Kharkiv, Ukraine*

The aim of the study: to identify the criteria for the prognosis of early infectious complications in patients with periprosthetics.

Material and methods: peripheral blood analysis in patients with periprosthetic infection after knee and hip joint endoprosthetics (n = 11) and without infection after knee and hip joint arthroplasty (control group) (n = 20) was conducted.

Results: the dynamics of neutrophile-lymphocyte status in peripheral blood and synovial fluid were studied in 11 patients with early infectious complications and compared to 20 patients without infection after knee and hip joint arthroplasty (control group). The patients with early infection showed lower level of neutrophiles in peripheral blood on 13 % before the surgery and on 5 % on the 7 day after arthroplasty as compared to those without infectious complications. The level of neutrophiles in synovial fluid was higher before arthroplasty in patients with infectious complications and did not gradually fall by the 7 and 14 days after the surgery as in patients without complications.

Conclusions: thus, the control of neutrophile-lymphocyte balance may contribute to the prevention of early infectious complications after hip and knee joint arthroplasty. Detection of leukocyte status allows to help in the prevention of infectious complications after the arthroplasty.

**EFFECT OF PROLACTIN ON MYOCARDIAL ISCHEMIA
IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA OF TENSION
AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

Drozd V. Yu., Khukhlina O. S., Antoniv A. A.

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

Ischemic heart disease is headed by a pedestal of major causes of mortality and disability. The search for new pathogenetic causes of the emergence and progression of gastroesophageal reflux disease (GERD) is constantly being sought for comorbidity with stable angina of tension (SAT), mechanisms of their interconnection. Hyperprolactinemia can lead to negative cardiovascular events in patients with coronary heart disease and to regeneration slowdown of the gastrointestinal tract mucous membrane.

The aim of the study: to study the effect of prolactin levels on myocardial ischemia in patients with stable angina pectoris and gastroesophageal reflux disease

Materials and methods: 88 patients with stable angina of tension of I-II functional class (FC) with a comorbid endoscopically positive GERD (A, B, C) were examined. Age of patients varied from 48 to 82 years. All patients who were included in the study prior to treatment were evaluated for serum prolactin levels and ECG Holter monitoring (HM). All women who participated in the study were in the post-menopausal period. The upper limit of the norm of prolactin level was the average value between the upper limit of the norm for men and women, which is 22.5 ng/ml. With the help of daily ECG HM results were obtained and we analyzed the total duration of myocardial ischemia, the number of episodes of painful and painless myocardial ischemia per day, the mean duration of episodes of painful myocardial ischemia and painless myocardial ischemia. Statistical processing of the results was conducted using the software Microsoft Excel 2013. The results of the study were presented in the form $M+m$, where M is the average value and m – the medium error. Correlation dependence was checked using the Pearson correlation coefficient.

Results: in patients with SAT and GERD, in 70.4% of cases, the level of prolactin exceeds the norm in 2,6 times with an average value $58,3 \pm 2,42$ ng/ml. A strong direct linear relationship was found between prolactin serum levels and the number of episodes of pain in myocardial ischemia in patients with stable angina and GERD per day, and between the total duration of episodes of myocardial ischemia and prolactin levels.

Conclusion: the presence of chronic chest pain due to GERD in patients with stable angina leads to an increase in the level of total MI per day, which is in close correlation with the level of serum prolactin.

PHENOTYPIC DISTRIBUTION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND COMORBID HYPERTENSION DISEASE

Kapustnik V. A., Arhipkina O. L.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and hypertension disease (HD) are progressive diseases that affect millions of people around the world and require lifelong treatment. COPD comorbidity with HD is more often than with other cardiovascular diseases. Well known are two phenotypic variants of COPD: "pink puffers" and "blue bloaters". To the other hand, there are a lot of patients without distinctive features of both types and belong to mixed variant. Our attention was attracted to analyses of phenotypic distribution of patients with chronic obstructive pulmonary disease with accompanying hypertension.

The aim of the study was to investigate COPD phenotypes in hypertensive patients.

Material and methods. 284 patients with COPD group A and B were observed in SRI of labour hygiene and occupational diseases of KhNMU. They were divided into 2 groups: the main group - 167 patients with COPD and accompanying hypertension disease, the comparison group - 117 patients with COPD and normal blood pressure levels. Methods of investigation: clinical examination.

Results. All three phenotypical variants of COPD were represented in examined patients of both groups. Half of the patients in the comparison group had "blue bloaters" phenotypic variant (47,86%), while "pink puffers" and mixed variant had 28,21% and 23,93%, accordingly. The presence of HD in COPD patients changed their phenotypic distribution. Thus, only 23,35% comorbid patients matched with the "blue bloaters" variant. 40,12% patients had mixed variant and 36,53% - "pink puffers". Thereby, increased blood pressure tend to have COPD patients with "pink puffers" and mixed variant rather than "blue bloaters". Probably, pink puffers with hyperinflation are more sensitive to vasomotor substances. The mixed phenotypic variant includes hyperinflation typical to pink puffers and expressed hypoxemia of blue bloaters, that results in raising of arterial pressure in patients with COPD.

Conclusion. The clinical picture of COPD revealed that patients with HD more often had "pink puffers" and mixed phenotypic variant while normotensive patients with COPD were predominantly represented with "blue bloaters" variant.

**SYSTEMIC INFLAMMATION AND IMMUNITY
IN OCCUPATIONAL CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE IN COMBINATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

Kapustnik V. A., Kostyuk I. F., Kalmykov O. O., *Al-Halboos M. A.

*Department of Internal and Occupational Diseases, Kharkiv National Medical
University, Ukraine;*

*Department of General Practice, University of Alabama, Tuscaloosa, United
States of America*

Background. One of actual practical and scientific problems in pulmonology and occupational medicine is often development of occupational bronchitis and its rapid transformation into chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Aims and objectives. The study is dedicated to investigation of immune homeostasis and cytokine system in occupational COPD in combination with arterial hypertension (AH) and assessment of immune inflammation role in the development and progression of associated pathology.

Results. Peculiarities of clinical course of COPD in the relation to presence of combined AH and patients profession were revealed. The disease influence on life quality of dust professions workers from machinebuilding industry was established. It was proofed that one of mechanisms of COPD clinical manifestation is the disbalance in immune system. It included the moderate depression of non-specific (phagocytosis activity, nitro blue tetrazolium test, natural killers CD16) and cellular (decrease of T-lymphocytes CD3, increase of lymphocyte migration inhibition reaction) components of immune system on the background of activation of humoral (increase of IgM, IgG), and in cytokine component – increase of interleukin 33, interleukin 10 with decrease of IFN γ levels.

Conclusions. The presence of associated AH in patients with COPD is accompanied by the activation of immunoinflammatory process with boost of humoral answer at the background of cellular immunodepression and more expressed disbalance in cytokine system. Immunoinflammatory changes are also connected with working conditions and define the peculiarities of clinical manifestation of COPD in different professional groups.

**CYTOKINE PROFILE CHANGES AND ENDOTHELIAL
DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH OCCUPATIONAL CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH DIABETES
MELLITUS 2 TYPE**

Kostyuk I. F., Arkhipkina O. L., Byazrova V. V., Steblina N. P.
Kharkiv National Medical University,

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by inflammatory response of a local and a systemic nature. COPD is the most common pathology among workers of different specialties that result after contact with occupational dust. Currently, diabetes mellitus (DM) is considered as one of the leading risk factors for exacerbation of COPD. It is known that the cytokine balance in patients with COPD has a pro-inflammatory direction and causes the presence of systemic effects of this disease.

The aim of the study was to investigate cytokines levels, their correlation to the immunological changes and endothelin-1 in patients with COPD and diabetes mellitus 2 type.

Materials and methods. The study included 52 patients with COPD (average age is $56,8 \pm 3,6$ years) caused by inhalation of pneumotropic pollutants. A level of bronchial obstruction in all patients was above 50% of FEV₁. The study group consisted of 25 patients with COPD caused by dust with DM type 2 of moderate severity in the stage of compensation or subcompensation. The comparison group was formed from 27 patients with COPD without diabetes. The level of endothelin-1 (ET-1) was detected by immunoassay with a set of Endotelin 1 ELISA System. The levels of cytokines (IL-18, TNF- α) were determined using a set of reagents "Protein contour".

Results and discussion. An increase of the levels of inflammatory cytokines in patients of both groups was detected, however, the most significant changes were noted in the study group. Thus, the TNF- α content increased almost twice in the examined COPD patients in both groups. In patients with the study group TNF- α was 77.74 ± 4.05 pg / 10^6 , while in the comparison group it was 60.94 ± 3.52 pg / ml versus 35.47 ± 2.07 pg / ml in control, $p < 0.05$. Another inflammatory mediator IL-18 was also exceeded the norm in several times in all patients with COPD compared with healthy subjects. As in the previous case, the level of IL-18 in the study group was significantly higher than the comparison group (375 ± 35.82 pg / ml versus 151.43 ± 22.07 pg / ml). The plasma level of ET-1 in examined patients significantly exceeds the control group, $p < 0.05$, and the highest level had patient with comorbid state.

Conclusions. The study showed the presents of disbalance in the system pro- and anti-inflammatory cytokines, which was more expressed in patients with COPD and accompanying type 2 DM. Endothelial dysfunction was associated with cytokines disbalance and the severity of respiratory disorders.

THE STUDYING TENASCIN C IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2

Koteliukh M. Yu.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The purpose of the study is to study the content of tenascin C in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes.

Materials and methods: the study examined 110 patients who were hospitalized in Kharkov City Clinical Hospital No. 27 (clinical base of the Department of Internal Medicine No. 2, Clinical Immunology and Allergology of Kharkov National Medical University). All patients were divided into groups: the main group consisted of 70 patients with acute myocardial infarction (AMI) and diabetes mellitus (DM) type 2; Comparative group - 40 patients with AMI without type 2 diabetes. The control group (20 individuals) consisted of practically healthy individuals. Tenascin C content was determined by ELISA using a Human Tenascin-C Large (FNIII-C) reagent kit (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan).

The results of the study: analysis of the study showed that the content of tenascin C for 1-2 days significantly increased in patients with AMI without type 2 diabetes by 34% compared with the control group ($p < 0.05$). In patients with AMI and type 2 diabetes, tenascinemia did not amount to a confidence level ($p = 0.07$). A decrease in the level of tenascin C for 10-14 days in patients with AMI and type 2 diabetes was detected by 38% compared with patients with AMI without type 2 diabetes ($p < 0.05$). The content of tenascin C for 10-14 days in patients with AMI without type 2 diabetes increased by 71% compared with the control group ($p < 0.05$). As a result of the correlation analysis revealed the presence of a feedback between the level of tenascin C for 1-2 days and glycosylated hemoglobin $r = -0.28$; $p < 0.05$ and glucose $r = -0.24$; $p < 0.05$. The relationship between tenascin C for 10-14 days and glycosylated hemoglobin $r = -0.70$, $p < 0.05$ was determined.

Conclusions: thus, the revealed connection between tenascin C has shown that the presence of type 2 diabetes mellitus can have an effect on the state of the extracellular matrix in patients with acute myocardial infarction.

THE INTERACTION WITH LIPID EXCHANGE AND COMPONENTS OF THE INTERCELLULAR MATRIX IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Koteliukh M. Yu., Kravchun P. G.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim: to study the relationship between the components of the intercellular matrix and lipid metabolism in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes.

Materials and methods of research: the study was examined 110 patients, who were on stationary treatment in the Kharkiv National Clinical Hospital № 27 (Clinical Base of the Department of Internal Medicine No. 2, Clinical Immunology and Allergology of the Kharkiv National Medical University) and in the first cardiology department of the Central Clinical Hospital of Ukrzaliznytsia. All patients were divided into groups: the main group was 70 patients with acute myocardial infarction (AMI) with concomitant diabetes mellitus (DM) type 2; the comparative group - 40 patients with a type 2 diabetes without DM; the control group - 20 people. The control group consisted of practically healthy individuals. The immune enzyme method were determined the content of matrix metalloproteinase-13 (MMP-13) using a set of human MMP-13 reagents (RayBiotech, Norcross, USA), a tissue inhibitor of metalloproteinase-4 (TIMP-4) using a set of human TIMP-4 reagents (R & D Systems, Minneapolis, USA). Indicators of lipid profile were determined by standard biochemical methods. Statistical computer processing of results was performed using the Microsoft Office Excel 2010 and Statistica 6.0 software. Correlation coefficient of Spirman was used to establish correlation relationships.

Research results: patients with type 2 diabetes mellitus and type 2 diabetes have a significant association between high-density lipoproteins - $r = -0.31$ ($p < 0.05$) and MMP-13; between the coefficient of atherogeny - $r = 0.31$ and MMP-13 ($p < 0.05$). Patients with GI and DM type 2 have a direct relationship between TIMP-4 and very low density lipoprotein ($r = 0.59$ ($p < 0.05$)).

Conclusions: the changes in the lipidogram in conditions of elevated levels of the components of the intercellular matrix can lead to instability of the atherosclerotic plaque and, as a consequence, the development of acute myocardial infarction.

IMMUNOLOGICAL PECULIARITIES OF THE INFECTIOUS PROCESS IN PATIENTS WITH PERIPROSTHETIC INFECTION

Kravchun P. G., Dielievska V. Yu., Chuprun V. V., Titarenko O. P.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim of the study: to identify the criteria for the prognosis of disturbed metabolism of glucose and fat in patients with periprosthetic infection.

Material and methods: an immunological examination of patients with periprosthetic infection after knee and hip joint endoprosthetics (n = 14) and volunteers (n = 20) was conducted.

Results: the patients with periprosthetic infection were characterized by cholestasis, increased atherogenesis, anemia, impaired glucose tolerance, increased circulating immune complexes, autoimmune granulocytotoxic antibodies, IgM, IgG, IgA and sensitization to synovial membrane and *Staphylococcus aureus*.

In patients intolerance to glucose was associated with autoimmune lymphocytotoxic antibodies and decreased production of LiF and to the antigens of synovial membrane. Atherogenesis was associated with high level of autoimmune lymphocytotoxic and granulocytotoxic antibodies, circulating immune complexes, decreased LIF and sensitization to connective tissue antigens and pathogenic microorganisms, especially to *Streptococcus* and *Proteus*. Decreased hemoglobin was associated with increased autoimmune lymphocytotoxic antibodies, delayed-type sensitization to bone and cartilage tissue, to *Staphylococcus* and sensitization by accelerated type to *E. coli* and *Proteus*.

Conclusions: immunological data might be useful in prophylaxis of anemia, intolerance to glucose and impaired metabolism of fat tissue in patients with periprosthetic infections.

CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND ATRIAL FIBRILLATION

Kushnir Yu. S., *Doronkina V. S., *Chvora D. L.

SE "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine",
*Regional Clinical Hospital named after I. I. Mechnikov

Background. Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained cardiac arrhythmia. The presence of chronic kidney disease (CKD) increases the risk of incident AF, as well as AF increases the risk of CKD progression.

The aim of the study was to estimate the prevalence of chronic kidney disease in patients with coronary heart disease and atrial fibrillation.

Materials and methods: 312 patients with coronary heart disease aged from 39 to 88 years have been conducted. Depending on the presence of AF, all patients were divided into 2 groups: group 1 (main) – patients with coronary heart disease with AF (n=145), group 2 (comparison) – patients with ischemic heart disease without AF (n=167). From all patients were collected anamnestic data, physical and laboratory-instrumental tests. The ultrasound of kidneys was done to all patients. To evaluate the renal function the level of creatinine was determined and glomerular filtration rate (GFR) was calculated by CKD-EPI formula. Statistical processing of the results was performed using the STATISTICA 6.1 software package.

Results. Analyzing results was estimated that 289 pts (92.6%) with coronary heart disease had decreased renal function. In the group of patients without AF, the proportion of persons with decreased renal function was 86.8%, while in the main group – 99.3% ($p < 0,05$). The average GFR in the first group was – $64,0 \pm 11,7$; in the second – $82,2 \pm 12,7$ ($p < 0,05$). CKD was found in 42.7% (62 pts) of the first group and 28.7% (48 pts) of the second group ($p < 0,05$). By rank correlation analysis, direct weak correlations were detected between AF and CKD ($\rho = 0,21$; $p = 0,002$).

Conclusion. All patients with coronary heart disease have a high level of incidence of renal dysfunction. The presence of atrial fibrillation in patients with coronary heart disease is associated with lower level of GFR and higher level of CKD frequency.

EVIDENCE AND NON-EVIDENCED BASED PRACTICES WITHIN UKRAINIAN HEALTH SECTOR

Markovska A., ¹Ostropolets S., ²Isayeva G.

School of Humanities and Social Sciences, Anglia Ruskin University,

¹V. N. Karazin Kharkiv National Universit, Kharkiv

²GI "L.T. Malaya Therapy National Institute of the NAMS of Ukraine", Kharkiv

This is the first time an independent researcher analyses medical prescriptions in the medical establishment. The study took place in November 2018 at the Kharkiv. The selection of case histories for analysis was done in a single hospital and involved four stages. In a first stage, the archive's administrator was requested to select case histories from 2014 and 2017; 236 cases were selected for the 2017 and 251 cases from those who received treatment in 2014. In a second stage, an independent researcher was employed to input the data from the case histories into Excel. The database created includes the following parameters from each case history: diagnosis, age of the patient, prescription for oral and parenteral preparations, and the amount of time spent in hospital. A third stage involved Human Resources providing anonymised information on the age, duration of employment of the doctors whose patients were selected. In the fourth stage, the independent researcher included these data for doctors. All patients had the same diagnosis of ischemic heart disease. The prescribed drugs were analysed on the bases of the current European recommendations.

Drugs that are recommended by the official European guidelines and with demonstrable efficacy are: aspirin, clopidogrel, angiotensin converting enzyme inhibitors, beta-adrenoreceptor blockers, diuretics, ivabradine. Drugs that are not recommended by official guidelines for ischemic heart disease treatment and do not have evidence based background are: quercetin, vinpocetine, piracetam, L-lysine succinate, L-arginine, medonium, armadyne, sulodexide, citicoline, levocarnitine, a peptide complex extracted from pig's brain, bihiocetic acid.

Medical drugs recommended for the treatment of ischemic heart disease were prescribed both in 2014 and 2017. For example, 248 (98,8%) patients were prescribed aspirin in 2014 and 229 (97%) in 2017. Clopidogrel was prescribed in 2014 to 81 patients (32,7%) and 2017 to 90 patients (38,1%). Tikagrelor was prescribed in 2014 to 2.7 % of patients and to 6.3% of patients in 2017. Statins were prescribed in 2014 to 249 (99,2%) and in 2017 to 213 (97,8%) patients. The results suggest that most of patients in 2014 and in 2017 were treated according with the recommended guidelines. However, in the same time in both 2014 and 2017 patients with ischemic heart disease were prescribed drugs where the efficacy has not been demonstrated. The most widely used prescriptions are for quercitinum, meldonium dehydrate, vinpocetin, ethyl methylhydroxypyridine succinate, citicoline, propionate dehydrate, heptral, piracetam, deproteinized hemoderivative of calf blood. We have calculated that for 208 prescriptions of beta blockers in 2017 there were 63 prescription of quercitinum. In other words, 30.3% of cases that had prescription of beta blockers were prescribed quercitinum. 36% of cases with prescribed aspirin has also been prescribed quercitinum. Conclusion. Regular review of prescriptions may have positive impact on medical practice.

CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES: FOCUS ON MULTIMORBID PATHOLOGICAL CONDITIONS AND CARDIOVASCULAR RISK

Nesen A. A., Shkapo V. L., Valentinova I. A.

*GI "L. T. Malaya Therapy National Institute of the NAMS of Ukraine", Kharkiv,
Ukraine*

Objective - to assess the structure of multimorbidity among common chronic non-communicable diseases (CNCD) in Kharkiv region.

Materials and methods: screening of patients (n=1428) with increased cardiovascular risk (CVR) with multimorbidity; the average age of patients (58.41±8.12) years; men - 512 (35.85 %) and women - 916 (64.15 %). The calculation of the degree of CVR was carried out according to the latest recommendations (2013, 2018) for the prevention and treatment of cardiovascular diseases (CVD); calculation of the comorbidity index was carried out according to modern electronic modifications (2012-2017), (M.E. Charlson et al.). A retrospective study of data (n=191) of patients to clarify the components of cardiometabolic risk was conducted. Among patients: 82 (42,9 %) women and 109 (57,1 %) men; mean age (59,17±1,81) years. The laboratory-biochemical, clinical-instrumental and statistical methods were used during the study.

Results: CVD occupies a crucial place (68,0 %) in the structure of mortality in the Kharkiv region and multimorbidity is an aggravating determining factor. In the study of indicators of multimorbidity of patients with elevated CVR (n=1428) found that patients with overweight constitute the majority - the average body mass index (30,64±0,18) kg/m². Combined condition and age-related score - (of 5,98±0,16) points; Weighted index of comorbidity Charlson - (4,87±0,18) points; ten-year survival rate - (24,94±1,07) %. The increase in the levels of indicators combined conditions / age estimates and the Charlson comorbidity index correlates with the deterioration of indicators of quality of life (p<0,001). The retrospective study (n=191) revealed additional components of cardiometabolic risk: overweight (35,1 %), abdominal obesity (52,6 %), type 2 diabetes (37,7 %), non-alcoholic fatty liver disease (80,6 %), secondary dyslipidemia (90,6 %), hyperuricemia (41,4 %), burdened with hypertension and type 2 diabetes heredity (42,9 %) and (6,8 %), respectively) and smoking (10,5 %). A population-based strategy for the prevention of CNCD and their multimorbidity should cover a wide range of populations, including young people (where CVR may be low or moderate) and middle-aged and elderly people (where CVR is high or very high).

Conclusions: multimorbidity, modified and unmodified risk factors significantly affect the prognosis and end points at high and very high CVR, and even more so on the specific of disease and the effectiveness of treatment.

THE LONG-TERM PROGNOSIS FOR PATIENTS WITH HEART FAILURE AND A POLYMORPHISM C825T (RS5443) G-PROTEIN β_3 -SUBUNIT GENE

Pyvovar S. M., Rudyk Yu. S., Krotova O. B., Lozyk T. V.

GI "L. T. Malaya Therapy National Institute of the NAMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

The purpose of the work was to determine the effect of the G protein β_3 -subunit C825T (RS5443) gene polymorphism on the long-term prognosis for patients with heart failure.

The materials and methods.: the study included 170 patients with heart failure on the background of post-infarction atherosclerosis. The G protein β_3 -subunit C825T (RS5443) gene polymorphism was determined by means of the polymerase chain reaction. Daily monitoring of ECG, Doppler echocardiography were carried out. The observation period was 3 years, whereby the course of the disease was evaluated, the atrial fibrillation paroxysms development, the frequency of hospitalizations due to the disease decompensation, and mortality were taken into account.

The results: the frequencies of the C825T (rs5443) polymorphic variants of the G protein β_3 -subunit gene were determined in the patients. 47% of patients are homozygous carriers of C825 alleles, 47% of patients are heterozygotes (C825T), 11 out of 170 patients are homozygous by the T genome. Homozygous patients with T genome are younger by 7.5 years, compared to homozygous C-allele patients and by 6 years younger compared to heterozygotes (CT) ($p < 0.01$). For 3 years, in the patients homozygous by the T-allele, an increase in the left ventricle end-diastolic volume (by 6%, $p < 0.05$) and a decrease in the amount of left ventricular ejection fraction (by 11%, $p < 0.05$) was observed.

In 5 out of 11 patients with heart failure who are homozygous by the T allele (TT), in the third year of observation, a pathological number of ventricular extrasystoles is recorded. Among the homozygous by the C-allele (CC) and heterozygous (CT) patients, this type of rhythm disorder is statistically reliably less frequent ($\chi^2 = 6.854$; $p < 0.05$). The tendency was revealed towards a higher frequency of hospitalization in patients due to the disease decompensation for 3 years in the group of homozygous patients with T-allele.

The conclusions: our study is confined to a small number of patients, which reduces the strength of data on the genetic association between the GNB3T allele and left ventricular myocardial remodeling in HF patients with post-infarction atherosclerosis. But the probable patterns of GNB3 TT influence on the HF course can demonstrate the strong influence of this mutation and indicate that this allele is not only a race marker. The results are likely to require further research involving a large cohort of patients.

LIVER FUNCTIONAL TESTS IN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND HYPERTENSION

Prosolenko K. A., Panchenko G. Yu., Imbili S.-N.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Nowadays non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is the most common chronic diffuse liver diseases in many countries and occurs in 20-35% of the adult population of the European countries. On the other hand in Ukraine arterial hypertension is very common. Renal parenchymal diseases are the most common causes of secondary renoparenchymal hypertension (RPH). There are data from studies showing that there is mutual burdening of these diseases. Evidence of the effect of NAFLD on renal function has been proven.

The aim of our study was to research the levels of liver functional tests (LFT) and C-reactive protein (CRP) in patients with NAFLD and RPH comparing with patients with NAFLD and essential hypertension (EH).

Materials and methods. The study was conducted in the National Institute of therapy named LT Malaya NAMS of Ukraine. The study involved 88 patients with NAFLD and stage II, grade 2 RPH (as result of chronic pyelonephritis, chronic kidney disease (CKD) 1-3 stage) – group 1 and 121 patients with NAFLD and stage II, grade 2 EH – group 2. Blood pressure (BP) measurements were performed by standart methods. For the diagnostic of hepatic steatosis, renal pathology the ultrasound method was used. Biochemical blood parameters were determined by standard conventional techniques.

For statistical analysis of the results was used the computer program Microsoft Excel and STATISTICA. The difference was considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. Significant differences were found between the rates of bilirubin and its fractions. Thus, total bilirubin in group 1 was $(13.74 \pm 6.21) \mu\text{mol} / \text{l}$ and was higher than this parameter in the second group $(11.73 \pm 5.47) \mu\text{mol} / \text{l}$ ($p < 0.05$). Similar changes were revealed relative to the direct bilirubin, so in group 1 it was $(3.75 \pm 1.56) \mu\text{mol} / \text{l}$ versus $(3.21 \pm 1.43) \mu\text{mol} / \text{l}$ in group 2 ($p < 0.01$). Hepatic cytolysis rates also differed between the comparison groups. Thus, AST in the first group was $(51.33 \pm 31.79) \text{U} / \text{l}$ and was significantly different from the level of the second group $(40.13 \pm 21.25) \text{U} / \text{l}$ ($p < 0.01$). ALT was also higher in group 1 - $(60.87 \pm 43.7) \text{U} / \text{l}$ versus $(48.45 \pm 27.71) \text{U} / \text{l}$ in the second group ($p < 0.05$). At the same time, levels of alkaline phosphatase, gamma-glutamyltranspeptidase, thymol sample did not differ significantly. The rate of CRP, as systemic criteria of inflammation, was also assessed. In patients of group 2, this indicator was normal in 70.25%, and in patients of group 1 it was normal in 47.73% ($p < 0.01$).

To sum up, more pronounced changes of liver function tests and CRP were indicated in patients with comorbidity NAFLD + RPH versus NAFLD + EH. It may indicate a more unfavorable liver damage in NAFLD in combination with RPH.

RESPIRATORY EXTRAESOPHAGIAL SYMPTOMS OF THE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN ELDERLY PATIENTS

Shuper V. O., Shuper S. V., Rykova Ju. O., Vodianik V. V.

Higher State Educational Establishment of Ukraine

"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Actuality: the problem of diagnosis and treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) has recently attracted the attention of doctors from different countries due to the increase in the prevalence of GERD, especially in elderly patients, the wide range of extraesophageal complaints and development of serious complications.

Aim: using the modified questionnaire (MQ), GERD-Q, to study the prevalence of respiratory extraesophageal symptoms (REES) of GERD in elderly patients.

Materials and methods: the study was conducted by questioning the patients, data of EGDS and spirometry. Typical and REES GERD were verified using the MQ GERD-Q (10 questions, 0-3 points for each). Also, patients interviewed about eating behavior, smoking, drinking coffee and alcohol. The effectiveness of antisecretory therapy of PPI with omeprazole 40 mg / d on GERD symptoms in 7 days and 1 month after initiation of treatment was evaluated using the MQ GERD-Q.

Research results: we examined 60 patients with typical GERD complaints (38 women, 22 men) in the mean age 65.5 ± 7.4 years and revealed in 75% of patients the presence of REES of the GERD (25% - the "lower" type, 50% - "upper"). With the help of EGDS, GERD without esophagitis was found in 73.3% of patients with REES GERD, the presence of esophagitis of the I - II stage - in 26.7% of patients. Signs of broncho-obstructive syndrome (BOS) according to spirometry data were found in 18.2% of patients with GERD without esophagitis and in 44.5% of patients with esophagitis. The severity of BOS directly correlated with the duration of GERD, the presence of bad habits. According to the results obtained on the MQ GERD-Q, the score in patients with REES of GERD without esophagitis was on average 22.5, in patients with REES of GERD with esophagitis - 26.8. The evaluation of treatment outcomes by MQ GERD-Q revealed a positive dynamics in reducing the score after 1 week to 15.6 in patients with REES of GERD without esophagitis and to 18.3 in patients with REES of GERD with esophagitis. After 4 weeks, the score of the MQ GERD-Q was 5.5 and 7.5 respectively.

Conclusions: in elderly patients, the frequency of REES of GERD increases comparing to general population. The severity of the REES of GERD ("lower" type, BOS) correlates with the progression of GERD, the development of esophagitis, the wrong lifestyle. Treatment with omeprazole for 4 weeks was effective in all patients according to the MQ GERD-QM. Taking into account the incomplete disappearance of REES of GERD, it was recommended to continue the prescribed therapy for up to 8 weeks and to modify the lifestyle.

METABOLISM OF PROSTAGLANDINS IN PATIENTS WITH COMBINED COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTENSION

Sukhonos N. K., Byazrova V. V., Steblina N. P.

Kharkiv national medical university, Ukraine

Variability of effects of prostaglandins is determined with both peculiarities of their effects, and multidirectional influence on tissues and organs. Prostaglandins E (PGE) influence directly on blood circulation system and neutralize cardio-vascular effects of endogenous PGF_{26} , which is its direct antagonist. Many-sided estimation of physiological effects of prostaglandins in hypertension and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) allows showing potential role of endogenous PGE_2 and PGF_{2a} in pathogenesis of those diseases.

Purpose. To study effects of concurrent prostaglandins in combined course of COPD and hypertension.

Materials and methods. Clinical base for research was RI of occupational hygiene and occupation diseases of KhNMU. In research have been included 65 patients with COPD II. Among them 42 patients with COPD and hypertension II (main group), and 23 patients with isolated COPD II (comparison group). Prostaglandin concentration in blood serum has been estimated by radio-immune analysis with diagnostic test-systems of "Amersham" (Great Britain).

Results. During examination, there have been found such changes: significant increase of PGE_2 in comparison group to control: PGE_2 — 2021 pg/ml [1770; 2246] to 1629 pg/ml [1191; 1847] and has its maximum value in main group — 2247 pg/ml [1863; 2569], ($p < 0.05$). Also there has been found significant increase of concentration of PGE_{2a} in comparison group to controls: 13.93 pg/ml [11.01; 17.03] to 6.9 pg/ml [4.33; 9.2], and reaches maximum value in main group — 18.27 pg/ml [15.39; 21.25] ($p < 0.05$).

Conclusions. These data suggest on extend of vascular violations in patients with comorbid diseases. Hyper production of endogenous PGF_{2a} and increasing of PGE_2 to critically high level can be important factors, which participate in formation of irreversible vascular damage. Imbalance of synthesis of endogenous prostaglandins, which is shown with increase of PGF_{26} and PGE_2 , can have certain significance in development of refractory hypertension. Increasing of concurrent prostaglandins to high levels has important significant in pathogenesis both hypertension and COPD. In addition, can indicate that excess of PGF_{26} leads to almost complete neutralization of antihypertensive, angioprotective and organoprotective mechanisms of endogenous PGE_2 .

**DIAGNOSIS OF OSTEOPOROTIC CONDITIONS IN PATIENTS
WITH COMBINED COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS
AND HYPERTENSIVE DISEASE BY DETERMINATION
OF TARTRATE-RESISTANT ACID PHOSPHATASE**

Viun T. I.

Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine

Disorders of calcium-phosphorus metabolism, which determines the composition and condition of bone tissue, lead not only to quantitative, but also qualitative changes. Population aging, increase in patients with calcium-dependent diseases, their comorbidity, create conditions for the development of secondary osteoporosis. Among such diseases consider chronic pancreatitis (CP) and hypertensive disease (HD).

Purpose: determination of the content of tartrate-resistant acid phosphatase (TRACP) in the blood serum of patients with combined course of CP and HD, as a bone resorption marker.

Materials and methods: 110 patients were examined - 70 persons with CP and HD (main group) and a comparison group - 40 patients with isolated CP. The groups of those surveyed matched by age (39.4 ± 5.2 and 38.2 ± 4.1) and gender (men predominated - 53.4% and 54.3%). The duration of the history of HD was in the range of 2-10 years, CP - 3-8 years.

Diagnosis of structural and functional disorders of bone tissue was carried out by method of densitometry. In the study of TRACP used sets DAC - SpectroMed (Moldova) were used. Control results were obtained by examining 78 almost healthy people.

Results: a densitometric study showed that of 40 patients with isolated CP, changes in bone mineral density were recorded in 16 cases (40%). When combined CP with HD - in 32 out of 70 (45.7%). At the same time, in the group with CP, the signs of osteopenia were confirmed in 9 persons (22.5% out of 40 examined), and osteoporosis in 6 (15%). In the group of CP and HD, 19 (27.1% of 70 individuals) and 13 (18.6%), respectively. When studying the TRACP, it was established that the mean increase in the group with isolated CP was 2.72 ± 0.2 units, at the control - 0.9 ± 0.15 units. In patients with CP and HD, the level of TRACP was 3.14 ± 0.2 units. At the same time, among patients with osteoporotic changes, in the groups the value of TRACP exceeded 3.12 ± 0.3 units and 3.32 ± 0.2 units respectively. The level of TRACP tended to increase with an increase in the duration of the anamnesis of the combined pathology, and also slightly higher in female subjects.

Conclusion: the combined course of CP and HD can be the cause of the osteoporotic conditions formation. Anamnesis of the combined course, exceeding five years, is the basis for conducting research to identify changes in the structural and functional state of bone tissue.

AGE-RELATED CHANGES OF NESFATIN-1 ACTION IN HYPERTENSIVE WOMEN

Vizir M. O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Arterial hypertension is the most common cardiovascular risk factor, which is often accompanied by metabolic disorders, such as obesity and/or dysglycemia. Nesfatin-1 was found as an anorexigenic peptide secreted in hypothalamus, adipose tissue, pancreas, reproductive organs etc. It was shown that nesfatin-1 is associated with the occurrence of hypertension, insulin production and sensitivity, hormonal status, in particular the level of sex hormones.

Objective: to assess the plasma levels of nesfatin-1 and its relation with metabolic parameters of women with essential hypertension at different age periods.

Methods: 73 women at the median age of 61 [55;66] years with essential hypertension were examined and divided into age groups: group 1 consisted of 31 middle-aged women (42-60 years), group 2 included 42 elderly women (61-76 years). Anthropometric parameters, data of carbohydrate and lipid metabolisms were analyzed. Enzyme-linked immunosorbent assay method was used to measure the levels of nesfatin-1 (ng/ml). Obtained results were processed using methods of nonparametric statistics by Statistica10.0 software with the significance of $p < 0.05$.

Results: patients of the group 1 had higher level of nesfatin-1 compared with the data of the group 2 (7.64 [7.12;8.17] vs 7.21 [6.44;7.76], $p = 0.02$). Less pronounced nesfatinemia in older women was observed in the background of 9.7% lower levels of body mass index ($p = 0.01$), waist circumference (7.8%, $p < 0.001$), hip circumference (4.2%, $p = 0.006$), waist-to-hip ratio (3.7%, $p < 0.001$). It was accompanied by much lower insulin (37.1%, $p = 0.002$), HOMA-IR index (53.2%, $p = 0.002$) as well as postprandial glucose declining trend (8.8%, $p = 0.07$). Among the parameters of lipid metabolism, the lower levels of HDL-cholesterol (15.2%, $p = 0.02$) were identified.

The results of the group 2 showed strong positive relationship of nesfatin-1 with age ($r = 0.366$; $p < 0.001$), negative correlation with all parameters of abdominal obesity. Also it was established dependency with fasting glucose ($r = 0.179$; $p < 0.05$) and proatherogenic course of relation with all parameters of lipid metabolism. Whereas in group 1, only interrelations with insulin ($r = -0.412$; $p < 0.05$) and postprandial glucose ($r = 0.254$; $p < 0.05$) were reliable.

Conclusions: the results of the study of women with hypertension showed that nesfatin-1 is more metabolically active in the elderly than in middle-aged. The obtained data confirm that the peptide can be characterized by anorexigenic, glucose-dependent insulinotropic and pro-atherogenic features.

**PROGNOSTIC VALUE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION
MEASURED BY sCD40-LIGAND AND sVE-CADHERIN
IN OCCURRENCE OF UNSTABLE ANGINA IN PATIENTS
WITH POST-MI CARDIOSCLEROSIS AND DIABETES MELLITUS
TYPE 2**

Zayikina T. S., Rynchak P. I.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Aim: to estimate value of endothelial dysfunction in occurrence of unstable angina during one year after acute myocardial infarction (AMI) in patients with diabetes mellitus type 2 (DM2) by measurement of sVE-cadherin and sCD40-ligand.

Materials and methods: 60 patients with AMI and type 2 DM were enrolled in the study. They were divided in two groups depending on the development of unstable angina during one year after AMI: 6 patients were admitted to the hospital because of occurrence of unstable angina during one year after AMI; 54 patients did not have unstable angina during one year after AMI. sVE-cadherin blood serum levels were determined with commercial enzyme linked immunosorbent assay ELISA kit (Bender MedSystems GmbH, Vienna, Austria), sCD40L level – with the use of commercial ELISA test kit (YH Biosearch Laboratory, Shanghai, China). The data were processed statistically with Microsoft Office Excel software: the mean arithmetical value (M) and standard error of the mean (m) were calculated, for estimated probability and validity of the obtained data, Student's t-test (p) was done.

Results: assessment of endothelial-dependent mediators, namely sCD40-ligand and sVE-cadherin, presents a great interest because insufficient decreasing of sVE-cadherin level within 10 days under the influence of treatment is associated with the higher risk of unstable angina manifestation ($1,70 \pm 0,03$ ng/mL and $1,12 \pm 0,06$ ng/mL accordingly; $p=0,004$).

Determination of sCD40-ligand at the first day ($3,85 \pm 0,06$ ng/mL and $3,84 \pm 0,03$ ng/mL accordingly; $p>0,05$) and at the 10th day ($2,94 \pm 0,21$ ng/mL and $3,05 \pm 0,05$ ng/mL accordingly; $p>0,05$) did not demonstrate any significant differences.

Conclusions: It has been shown that occurrence of unstable angina is associated with insufficient reduction of sVE-cadherin – marker of endothelial integrity, that confirms a negative influence of endothelial dysfunction on delayed cardiovascular events in patients with post-MI atherosclerosis.

GLUCOSE METABOLISM IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC PANCREATITIS

Zhelezniakova N. M., Zelena I. I., Pasiieshvili T. M.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim of the present study was to evaluate the level of glycaemia in patients with COPD and chronic pancreatitis (CP).

Materials and methods: two groups of patients with COPD were examined: 37 patients with comorbidity of COPD and CP (main group) and 31 - with isolated course of the COPD (a comparison group). Standard values were obtained while examining 20 almost healthy patients of the same age and gender. The latter made up a control group. The carbohydrate metabolism has been determined by fasting capillary blood glucose level measurement using a portable glucometer, Roche (Germany). Statistical data has been performed on workstation by means of software "Microsoft Excel" and "Statistic 8.0".

Results: the study showed that fasting capillary blood glucose level was increased both in groups with isolated COPD and in groups with comorbidity in comparison with almost healthy patients. It has been found out that patients with comorbid pathology are characterized by the significant increase of fasting capillary blood glucose level up to $5.47 \pm 0.26 \mu\text{mol/l}$, in comparison with control group – $4.06 \pm 0.23 \mu\text{mol/l}$ ($p < 0,05$). At the same time patients with isolated COPD fasting capillary blood glucose level increase up to $4.28 \pm 0.29 \mu\text{mol/l}$ ($p < 0,05$). The comparative analysis of the examined groups has proved the significant difference ($p < 0,05$) in fasting capillary blood glucose level, reflecting significant deviations in carbohydrates metabolism in patients with comorbidity.

Conclusions: thus, as a result of the conducted study, it was found out that in the period of exacerbation of COPD, in the isolated course of disease as well as in disease combined with chronic pancreatitis, there is an observed an increase level of glycaemia. At the same time, in the patients with comorbidity of COPD and chronic pancreatitis fasting capillary blood glucose level was higher and had a significant difference from those in patients with isolated COPD, which indicates a significant intensification of metabolic disorders in this category of patients.

**RELATIONSHIP BETWEEN CARBOHYDRATE EXCHANGE
PARAMETERS AND CALPROTECTIN LEVEL IN PATIENTS
WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH REGARD
TO CONCOMITANT TYPE 2 DIABETES MELLITUS**

Zhuravlova M. I., Ryndina N. G., Kravchun P. G.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Aim is to assess the state of immune inflammation based on the study of serum calprotectin level, as well as to analyze the presence and character of links with carbohydrate metabolism parameters based on the study of blood glucose, insulin and insulin resistance in patients with acute MI and DM type 2.

Materials and methods: the study involved examination of 112 patients (mean age 65.25 ± 0.09 years) who underwent treatment at myocardial infarction department of Kharkiv City Clinical Hospital No.27 and Kharkiv Railway Clinical Hospital No.1. The main group included 64 patients (average age 65.31 ± 1.62 years) with acute MI and concomitant DM type 2. The comparison group consisted of 46 patients with acute MI without DM type 2 (mean age 65.19 ± 1.22 years). Groups were matched according to age and gender.

Blood glucose concentration was determined by glucose oxidase method. Insulin level was determined by immunoassay using test system EIA-2935, Insulin ELISA. Serum calprotectin level was established by immunoassay using the MRP8 / 14 ELISA KIT test system.

The level of carbohydrate metabolism disruption was assessed by calculating homeostasis model assessment (HOMA), QUICKI, Caro indices of insulin resistance by the following mathematical formulas.

Results: patients with acute MI in combination with DM type 2 were found to have a significant increasing of calprotectin by 25.9% ($p < 0.001$) compared to patients with acute MI without DM type 2.

Assessment of carbohydrate metabolism revealed changes in the form of statistically significant increase in the concentration of fasting glucose in patients with acute MI in combination with DM type 2 by 41.8% when compared to patients with isolated acute MI.

The level of HOMA index in patients with acute MI and concomitant DM type 2 when compared to patients with isolated acute MI was also higher (differences are statistically significant, $p < 0.01$). Caro index, reflecting the sensitivity of tissues to insulin, showed changes in the form of reduction of this parameter in comorbidity of acute MI and DM type 2 compared to patients with isolated acute MI without DM type 2. Similar changes were obtained in QUICKI index, which was significantly lower in patients of the main group with comorbidity of acute MI and DM type 2.

Conclusions: the presence of DM type 2 in patients with acute MI is accompanied by hyperglycemia and hyperinsulinemia, which is associated with an increase in the activity of immune inflammation due to calprotectinemia.

CORRELATIONS BETWEEN MICROALBUMINURIA, LIPID PROFILE INDICATORS AND C-REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS WITH TYPE DIABETES TYPE II AND CHRONIC HEART FAILURE

Zolotaikina V. I., Kravchun P. G.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Objective: diabetic nephropathy is characterized by proteinuria and suggested to be the leading cause of the final stage of chronic renal failure. This study was conducted to identify the relationship between the level of microalbumin and creatinine in the urine and lipid profile and C-reactive protein (CRP) level in patients with type 2 diabetes mellitus (DM) and concomitant chronic heart failure (CHF).

Materials and methods: 50 patients with compensated type II diabetes with a mean duration of 10.2 ± 1.6 years and concomitant NYHA class I-III CHF were examined, the control group consisted of 20 patients with CHF without diabetes, representative of sex and age. The levels of microalbumin and creatinine, as well as their ratio (M/C) (mg/mmol), lipid profile - total cholesterol (TH), high density lipoprotein cholesterol (HDL), low density lipoprotein cholesterol (LDL), triglycerides (TG) using automatic analyzers. High sensitivity CRP level was measured by ELISA assessment.

Results: M/C in the control group was 0.7 ± 0.02 mg/mmol, in the group of patients with diabetes - 4.1 ± 0.13 mg/mmol ($p < 0.01$). There was a significant increase in the levels of TH (7.07 ± 1.52 mmol / l) ($p < 0.05$), HDL (3.9 ± 0.49 mmol / l) ($p < 0.05$), TG ($2, 12 \pm 0.35$ mmol/l) ($p < 0.01$), CRP (2.9 ± 0.13 mg/l) in patients with type II diabetes compared with patients in the control group. A positive statistically significant correlation of the M/C ratio with the level of HDL ($p = 0.020$, $r = 0.831$) and TG ($p = 0.015$, $r = 0.845$) was established. The remaining lipid profile markers and CRP did not have a reliable correlation with the M/C ratio.

Conclusions: microalbuminuria can be used as a predictor for the early diagnosis of cardiovascular and renal disorders along with the lipid profile markers of patients with CHF to prevent mortality from complications of type II diabetes. The use of the determination of the ratio of microalbumin and creatinine in the urine is recommended as the preferred screening strategy for all patients with type II diabetes.

ЗМІСТ

РАСТИТЕЛЬНЫЙ ХОНДРОПРОТЕКТОР В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА Абдуллаев А. Х., Алиахунова М. Ю., Турсунбаев А. К., Мирзаева Б. М., Асадов Н. З.	3
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Абдуллаев А. Х., Садыкова Г. А., Арипов Б. С., Турсунбаев А. К., Султанова Д. К.	4
О ФАКТОРАХ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х., Исаков Ш. А., Узаков Ж. К., Азизов Ш. И., Раимкулова Н. Р., Каримова М. М., Иминова Д. А.	5
ПРОТИМІКРОБНА ВЗАЄМОДІЯ ПРИРОДНИХ МЕТАЛОПОРФІРИНІВ В КОМБІНАЦІЯХ З МОДИФІКОВАНИМИ АМІНОКИСЛОТАМИ СТОСОВНО ГРАМППОЗИТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ Андреева І. Д., Осолодченко Т. П., Завада Н. П., Пономаренко С. В.	6
ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ ЩОДО ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ Андреева І. Д., Осолодченко Т. П., Рябова І. С., Штикер Л. Г.	7
МОЛЕКУЛЯРНА АЛЕРГО-ДІАГНОСТИКА З ВИКОРИСТАННЯМ ОДНО- ТА БАГАТОКОМПОНЕНТНИХ МЕТОДІВ, МОЖЛИВОСТІ ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ Бабаджан В. Д., Амер Л. Б., Асика І. А., Москаленко Л. А., Мороз А. М.	8
СИРОВАТКОВІ РІВНІ СК-18 ТА СТАДІЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ Бабак О. Я., Лапшина К. А., Башкірова А. Д.	9
КРІОКОНСЕРВУВАННЯ ЯДРОВІСНИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ: АНТИОКСИДАНТ ГЛУТАТІОН ЯК ФАКТОР ЗНИЖЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ДМСО Бабійчук Л. О., Макашова О. Є., Зубова О. Л., Зубов П. М.	10
РІВЕНЬ ЦИТОГЕНЕТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ЛІМФОЦИТАХ КРОВІ ДІТЕЙ ІЗ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ Багацька Н. В.	11
СІМЕЙНЕ НАКОПИЧЕННЯ МУЛЬТИФАКТОРНИХ ХВОРОБ В РОДОВОДАХ ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ Багацька Н. В., Глотка Л. І., Сухов В. А.	12
ПРОГНОСТИЧНІ ГЕНЕТИЧНІ ОЗНАКИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ Багацька Н. В., Нефідова В. С.	13
ГЕПАТОТОКСИЧНІСТЬ ПРОТИПУХЛИННОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕТОД ЇЇ УСУНЕННЯ Бардер Е. Г., Дудніченко О. С.	14

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПІДБОРУ АНТИОКСИДАНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУЖЕННЯ	15
Бездітко Т. В., Горбач Т. В., Щолок Т. С., Левченко А. П.	
ОЦІНКА ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА КОНТРОЛЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	16
Бездітко Т. В., Єрьоменко Г. В., Ілюха С. Е.	
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ТА СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ НА ТЛІ СУПУТНИХ УРАЖЕНЬ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ	17
Безрук Т. О.	
ВЕГЕТАТИВНА РЕГУЛЯЦІЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНИХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	18
Беловол А. Н., Князькова И. И., Тверетинов А. Б., Цыганков А. И., Несен А. А., Мазий В. В., Валентинова И. А.	
ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОГО ПРИЕМА КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ, ОБОГАЩЕННЫХ ВИТАМИНАМИ И ПРОБИОТИКАМИ, НА ЧАСТОТУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	19
Бережная Ю. А., Попов В. В.	
ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПІДВИЩЕНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ РИГІДНІСТЮ	20
Біловол О. М., Князькова І. І., Несен А. О.	
ВПЛИВ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ НА РІВНІ НОВИХ БІОМАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	21
Більченко А. О.	
О СЛУЧАЯХ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ	22
Бильченко О. С., Красовская Е. А., Химич Т. Ю.	
<i>HUMULUS LUPULUS L.</i> НЕБЕЗПЕЧНИЙ ПРЕДСТАВНИК ФЛОРИ (НЕТРАДИЦІЙНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАСТОСУВАННЯ)	23
Бобров М. С., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю., Похил С. І., Прохоренко В. Л.	
ВЛИЯНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММИРОВАННОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	24
Болтобаев С. А., Азизов С. В.	
ВЛИЯНИЕ АНТИСТРЕССОВОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММИРОВАННОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	25
Болтобаев С. А., Газиев Н. Р.	
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ	26
Болтобаев С. А., Мирзаев С.	

КОМБІНОВАНА ФІЗИОТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ Бондаренко С. В., Амелін А. Ф., Додонова Л. А.	27
ПАРАМЕТРИ АНТРОПОМЕТРІЇ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗКИ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ТА СТУПЕНЯ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА Борзова-Коссе С. І., Борзова О. Ю.	28
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ Борзова-Коссе С. І.	29
ЩОДО ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ПРАЦЮЮЧИХ В ШКІДЛИВИХ ТА НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВАХ Боровик І. Г., Ткач С. І., Бандурян В. В., Захаров О. Г., Шаповаленко Н. Ю.	30
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ МІОКАРДАЛЬНО-АРТЕРІАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ Боровик К. М., Кравчун П. Г., Риндіна Н. Г., Цівенко В. М., Сапричова Л. В.	31
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Леонідова В. І., Глебова О. В.	32
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПРЕПАРАТІВ, ЩО СТИМУЛЮЮТЬ МЕТАБОЛІЗМ, НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СПЕРМАТОЗОЇДІВ ЩУРІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ Бречка Н. М.	33
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ІМУННИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ Бурмак Ю. Г., Казаков Ю. М., Чекаліна Н. І., Петров Є. Є., Треумова С. І.	34
ЗМІНИ МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ ІІ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ Бурмак Ю. Г., Петров Є. Є., Треумова С. І., Іваницька Т. А.	35
ВПЛИВ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ДОВГОСТРОКОВИЙ ПРОГНОЗ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Вакалюк І. І., Вірстюк Н. Г.	36
ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ДЕКОМПЕНСОВАНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПОСТІНФАРКТНОМУ ПЕРІОДІ Вакалюк І. П., Левандовська Х. В.	37
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Валентинова И. А., Несен А. А., Шкапо В. Л.	38
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ ТА ПОДАГРОЮ Вацеба М. О.	39

ЗМІНИ ХОЛЕЦИСТОКІНІНУ-ПАНКРЕОЗИМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОСДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ І СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Вірстюк Н. Г., Вацеба Б. Р.	40
ІНГІБІТОР АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1-ГО ТИПУ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ПОСДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ Вірстюк Н. Г., Матковська Н. Р.	41
ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Волинський Д. А., Вакалюк І. П., Деніна Р. В.	42
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ СФІНКТЕРА АПАРАТУ Гайдар Ю. А., Милостива Д. Ф.	43
МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНОГО СТАТУСУ Гайдар Ю. А., Милостива Д. Ф., Стойкевич М. В.	44
ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА Гаргин В. В., Алексеева В. В.	45
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОПРОЛОЛУ СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ: ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ТА ПЕРЕНОСИМОСТІ Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.	46
ГАЛАНИН КАК ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Герасимчук У. С., Кравчун П. Г.	47
СТАТИНОТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРИДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХОЗЛ ТА ІХС, УСКЛАДНЕНИХ СИНДРОМОМ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Гетман О. А., Крахмалова О. О.	48
ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ЕПЛЕРЕНОНОМ ТА СПІРОНОЛАКТОНОМ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА Гільова Я. В., Копиця М. П., Родіонова Ю. В., Куця І. М.	49
ЗМІНИ РОЗПОДІЛУ ЗА ІНДЕКСОМ СФЕРИЧНОСТІ ОЗОНОВАНИХ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ ГІПОТЕРМІЧНОМУ ЗБЕРІГАННІ Головіна К. М., Боброва О. М., Коваленко І. Ф., Говорова Ю. С., Нардід О. А.	50
ВПЛИВ ОЗОНУ НА МЕХАНІЧНУ СТІЙКІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ Головіна К. М., Боброва О. М., Шапкина О. О., Ніпот О. Є.	51
ДІАГНОСТИЧНІ, ПРОГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ АСПЕКТИ ДІАБЕТИЧНОЇ СКЛЕРЕДЕМИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ Голозубова О. В.	52

АКТИВНИЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ САРКОПЕНИИ Гончарова О. А.	53
ВМІСТ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ АПОПТОЗУ ТА ЕПІДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ В КРОВІ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯХ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ Гончарук Л. М., Гресько С. О., Чурай Т. І.	54
ЗГАДУЮЧИ ВЕЛИКОГО ТЕРАПЕВТА ХХ СТОЛІТЯ (до 100-річчя від дня народження академіка Л. Т. Малої) Грідасова Л. М., Милославський Д. К., Кулешова О. М., Федотова Т. А.	55
ПОРТАТИВНІ ЕЛЕКТРОННІ ПРИСТРОЇ – ЯК ДОСТУПНІ ДИСТАНЦІЙНІ ТА ДОПОМІЖНІ ІНСТРУМЕНТИ МОНІТОРИНГУ ЖИТТЄВО ВАЖЛИВИХ ПОКАЗНИКІВ ОРГАНІЗМУ Гряділь Т. І.	56
СКРИНІНГ ДЕПРЕСІЇ ТА СТРЕСУ ЗА ДОПОМОГОЮ АЛГОРИТМІВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ Гряділь Т. І.	57
БОЛЕЗНЬ ДЕРКУМА: КЛИНИКА, ДІАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ Гуйда П. П.	58
СИНДРОМ ФЕЛТИ Гуйда П. П.	59
ЭССЕНЦИАЛЬНЫЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ Гуйда П. П.	60
ДИНАМІКА ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ Гута Р. Р., Радченко О. М.	61
РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ У ФОРМУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГІПОТАЛАМІЧНОГО СИНДРОМУ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ У ХЛОПЦІВ Деменкова І. Г., Глотка Л. І.	62
СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ І ФЕРМЕНТНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ Дзюблик О. Я., Недлінська Н. М., Капітан Г. Б., Денисова О. В., Ячник В. А., Мухін О. О., Сухін Р. Є.	63
ВИКОРИСТАННЯ АМІНОКИСЛОТИ АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ І ЛЕВОКАРНІТИНУ У ПАТОГЕНЕТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., Капітан Г. Б., Недлінська Н. М., Ячник В. А., Денисова О. В., Мухін О. О., Сухін Р. Є.	64
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Дігтяр Н. І., Герасименко Н. Д., Марченко А. В., Стасюк О. А.	65

ХАРАКТЕР ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК ИЗ ЗОНЫ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА Дынный В. А.	66
СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕВОЧЕК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ Дынный В. А., Дынный А. А.	67
ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПІСЛЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ Діденко О. З., Кобза І. І., Яворський О. Г.	68
ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ДО ТА ПІСЛЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ Діденко О. З., Кобза І. І., Яворський О. Г.	69
ВПЛИВ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ Діденко В. І., Зигало Е. В., Меланіч С. Л.	70
ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ДО ТА ПІСЛЯ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ Діденко О. З., Кобза І. І., Яворський О. Г.	71
ГРКОТИ ЯК ОСНОВНІ БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ ХМЕЛЮ. КЛІНІЧНА ТА ФАРМАКОЛОГІЧНА ОЦІНКА Довга І. М., Поволокіна І. В., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю., Торяник І. І., Макаренко В. Д.	72
ВЗАСМОЗВ'ЯЗОК ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ВАЗОРЕГУЛЯЦІЇ ПІСЛЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Дроник І. С., Яворський О. Г., Склярів О. Я., Пшик Р. С.	73
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРВІТИНУ ПРИ ПОРУШЕННІ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Михайлевська Т. В., Савченко Т. М., Кузнецова Т. О., Корнієнко С. В.	74
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.	75
ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЗНАЧИМІСТЬ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ДЛЯ ПРОГНОЗУ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Жарінова В. Ю., Войнаровська Г. П.	76
ЗВ'ЯЗОК КАЛЬПРОТЕКТИНУ З ПАРАМЕТРАМИ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Журавльова М. І., Риндіна Н. Г., Кожин М. І.	77

ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНИХ ОСТЕОАРТРОПАТІЙ	
Журавльова Л. В., Федоров В. О., Сікало Ю. К., Олійник М. О.	78
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ АВТОНОМНОЇ НЕЙРОПАТІЇ	
Журавльова Л. В., Кривоносова О. М.	79
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ВАСПНА ТА ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
Журавльова Л. В., Пильов Д. І.	80
ПОКАЗНИКИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ДІТЕЙ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА МАЛЬАБСОРБЦІЄЮ ЛАКТОЗИ	
Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Ягмур В. Б., Татарчук О. М., Коненко І. С., Зигало Е. В.	81
СИНДРОМ ГІПЕРМОБИЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ ЯК ПІДГРУНТЯ МІОФАСЦІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК	
Заздравнов А. А., Пасієшвілі Н. М.	82
ОСОБЛИВОСТІ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ	
Зайченко О. С., Ярьсько М. В., Панченко Г. Ю.	83
ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ	
Запровальна О. С.	84
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЭРИТРОЦИТАХ ЧЕЛОВЕКА ПРИ КРИОКОНСЕРВИРОВАНИИ С ГЛИЦЕРИНОМ	
Землянских Н. Г., Мигунова Р. К., Бабийчук Л. А.	85
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ СИНДРОМОМ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ В ТОНКОМУ КИШЕЧНИКУ ТА ПОКАЗНИКАМИ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ	
Зигало Е. В., Діденко В. І., Ягмур В. Б., Петішко О. П.	86
ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ І ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У БЕЗСИМПТОМНИХ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Златкіна В. В., Ільченко І. А., Немцова В. Д., Чупіна В. І.	87
ПОДОВЖЕННЯ ІНТЕРВАЛУ QTc ЯК ПРОГНОЗУЮЧИЙ ФАКТОР РЕЦИДИВУ АРИТМІЇ ПІСЛЯ КАТЕТЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	
Золотарьова Т. В., Більченко О. В., Бринза М. С.	88
ДОСВІД ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ СЕРІЙ МАЗЕЙ НА ОСНОВІ ЕКСТРАКТІВ ХМЕЛЮ	
Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Мнушко З. М., Журавель І. О., Похил С. І., Торяник І. І., Моїсенко Т. М., Грищенко М. І., Грищенко В. М.	89

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Исаева А. С., Буряковская А. А.	90
ЛЕГОЧНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Искандерова С. Дж., Мусаева Ш. З., Зиямухамедова М. Л.	91
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Искандерова С. Дж., Мусаева Ш. З., Саипова М. Л.	92
ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО НАВЧАННЯ ОСНОВАМ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ НА ОСНОВНІ ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ Ісаєва Г. С., Резнік Л. А., Вовченко М. М., Буряковська О. О.	93
ТИПИ ТРАНСМІТРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ Кадикова О. І.	94
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ (Glu298Asp) Кадикова О. І.	95
ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ТА АНТИІШЕМІЧНИЙ ЕФЕКТИ КВЕРЦЕТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Казаков Ю. М., Чекаліна Н. І., Шуть С. В., Трибрат Т. А., Гончарова Е. О.	96
РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КОМБІНОВАНОЇ МАЗІ З ЕКСТРАКТОМ ГОРІХА ВОЛОСЬКОГО ВУГЛЕКИСЛОТНОГО ТА ЇХНЄ ЗАСТОСУВАННІ У КЛІНІЦІ Казмірчук В. В., Довга І. М., Мнушко З. М., Журавель І. О., Поволокіна І. В., Іваннік В. Ю., Торяник І. І., Остапенко В. М., Макаренко В. Д.	97
РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ХРОНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ Калюжка А. А., Бондаренко С. В.	98
РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТ У ПІДЛІТКІВ Камарчук Л. В., Волкова Ю. В.	99
ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ІІ-18 ТА ІІ-10 У ФОРМУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОСДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ Капустник В. А., Костюк І. Ф., Меленевич А. Я.	100
РОЛЬ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ СУДИН У ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗА НАЯВНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Капустник В. А., Костюк І. Ф., Істоміна О. В., Прохоренко В. Л.	101

ПОРІВНЯННЯ СТАНУ ТА ФУНКЦІЇ СУДИННОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ПОДАГРОЮ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ Кармазіна О. М., Кармазін Я. О., Пасинчук І. І.	102
ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ВПЛИВУ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ НА КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ І ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У МІСЬКИХ І СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ Катеренчук І. П., Черкун М. П., Рустамян С. Т., Тесленко Ю. В.	103
ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО МІОКАРДИТУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ Катеренчук О. І., Ждан В. М.	104
ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ І АНТИОКСИДАНТНОЇ ЗАЩИТИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕННЯМИ ГЕПАТОБИЛІАРНОЇ СИСТЕМИ В УСЛОВИЯХ ГИПОАНДРОГЕНИИ Кашкалда Д. А., Косовцова А. В.	105
РІВЕНЬ ЕКСКРЕЦІЇ КАТЕХОЛАМІНІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ КАРДІОМІОПАТІЯМИ ТА ПОРУШЕННЯМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ Кашкалда Д. А., Кашіна-Ярмак В. Л., Рак Л. І., Сухова Л. Л.	106
СВЯЗЬ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА С РАЗЛИЧНЫМИ КАТЕГОРИЯМИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ Каюмов У. К., Саипова М. Л., Хатамова Д. Т., Зиямухамедова М. М.	107
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭМИ РЧ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ В ГРУППАХ ЛИЦ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА С ПОСТОЯННЫМ И ПРЯМЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭМИ РЧ С УЧЕТОМ СТАЖА РАБОТЫ И ВОЗРАСТА Каюмов У. К., Хамидова Г. М., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Зиямухамедова М. М.	108
НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Каюмов У. К., Хатамова Д. Т., Саипова М. Л., Зиямухамедова М. М.	109
ВОЗРАСТ И ГЕНДЕРСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ, СОЧЕТАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ Кириенко А. Н., Самохина Л. М., Топчий И. И.	110
РОЛЬ МОДИФИКАЦІЇ ОБРАЗУ ЖИТТЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В.	111
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА Кобец А. В., Копица Н. П., Гончарь А. В., Титаренко Н. В., Родионова Ю. В., Вишневская И. Р.	112

ФАКТОРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТОНІЇ І КОРЕКЦІЯ ЇХ ДИСФУНКЦІЇ АКАДЕМІКОМ Л. Т. МАЛОЮ І ЇЇ УЧНЯМИ Коваль С. М., Милославський Д. К., Снігурська І. О., Старченко Т. Г., Божко В. В., Мисниченко О. В.	113
РІВНІ ФАКТОРУ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ РОСТУ-11 В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ Коваль С. М., Снігурська І. О., Милославський Д. К., Божко В. В., Юшко К. О., Щенявська О. М.	114
ЗВ'ЯЗОК ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З ДОВЖИНОЮ ТЕЛОМЕР ЛЕЙКОЦИТІВ Колеснікова О. В., Запровальна О. С., Грідасова Л. М., Лавренко Т. А.	115
СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА В СВІТІ Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Козирєва Т. С.	116
ПРОБЛЕМИ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ Колеснікова О. В., Лавренко Т. А., Федотова Т. А.	117
ХАРАКТЕР АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ВАЖКИХ УРАЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ Комариця О. Й., Радченко О. М., Макаренко Т. М.	117
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ Копица Н. П., Исаева А. С., Родионова Ю. В., Титаренко Н. В., Кутя И. Н., Гилева Я. В. ...	119
ІНГІБУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРАЦІЇ МАКРОФАГІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST Копица М. П., Петюніна О. В., Кобець А. В., Стороженко Т. С., Кутя І. М., Родіонова Ю. В., Титаренко Н. В., Петеньова Л. Л.	120
ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З MINOSA (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) Копица М. П., Кобець А. В., Гончарь О. В., Титаренко Н. В., Родіонова Ю. В., Петюніна О. В., Гільова Я. В.	121
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КВЕРЦЕТИНУ У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІО МІКРОСУДИН Коркушко О. В., Бондаренко О. В., Антонюк-Щеглова І. А., Дужак Г. В., Наскалова С. С., Гриб О. М., Шатило В. Б.	122
ЗМІНИ РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КРОВІ ПІД ВПЛИВОМ КВЕРЦЕТИНУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Коркушко О. В., Наскалова С. С., Антонюк-Щеглова І. А., Дужак Г. В., Бондаренко О. В., Шатило В. Б.	123
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ЩО СТАЛИ УЧАСНИКАМИ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКІ» Корнійчук В. І., Степаненко А. О., Ковальова А. А.	124

ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГПОПНОЕ СНУ	
Коротченко О. В., Гріднев О. С.	125
ІМУНОЗАПАЛЬНІ МАРКЕРИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	
Костюк І. Ф., Бязрова В. В., Стебліна Н. П., Нагорна О. П.	126
ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ІЛ-18 ТА ІЛ-10 У ФОРМУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Костюк І. Ф., Меленевич А. Я.	127
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ІНСУЛІНЕМІЇ	
Кочержат О. І., Вірстюк Н. Г.	128
ОЦІНКА АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЧАСТИХ ЗАГОСТРЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	
Крахмалова О. О., Самохіна Л. М., Гетман О. А., Харченко Ю. С.	129
ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ НА ТРАНСФОРМАЦІЮ ФЕНОТИПУ ХОЗЛІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІХС	
Крахмалова О. О., Харченко Ю. С., Токарева А. Ю., Грідасова Л. М.	130
ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОСТРУКТУРИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	
Крилова О. О., Гайдар Ю. А.	131
РОЛЬ ДЕФІЦИТУ NO-СИНТАЗИ У РОЗВИТКУ ПАНКРЕАТИТУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)	
Крилова О. О., Руденко А. І., Гайдар Ю. А., Карачінова В. А.	132
ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ПАЦІЄНТІВ З ПОДАГРОЮ	
Кузьміна Г. П., Лазаренко О. М.	133
ВИЗНАННЯ ТРУДІВ АКАДЕМІКА Л. Т. МАЛОЇ	
Кулешова О. М., Грідасова Л. М., Федотова Т. А.	134
ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ А ТА ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА VEFR-A(RS 2010963) У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА В ГОСТРИЙ ТА ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОДИ	
Кутя І. М., Копиця М. П., Родіонова Ю. В., Титаренко Н. В., Гільова Я. В., Вишневська І. Р., Кобець А. В., Бабічев Д. П.	135
ГЕНЕТИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А., Нікіфорова Я. В., Курінна О. Г., Петеньова Л. Л.	136
АНГІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ КОРОНАРНИХ, ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ТА РЕНАЛЬНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	
Кушнір Ю. С., Перепелиця В. А., Перепелиця К. Д.	137

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА Кушніренко І. В., Мосійчук Л. М., Бочаров Г. І., Ярош В. М.	138
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К β -ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ Лавренко А. В., Авраменко Я. Н., Савченко Л. В., Кайдашев И. П.	139
ВЛИЯЕТ ЛИ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СМЕРТНОСТЬ? Лазиди Е. Л., Рудык Ю. С.	140
СОСТОЯНИЕ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХИБС С АРИТМИЯМИ Латогуз С. И.	141
МЕТАБОЛИЗМ ЭЛЕКТРОЛИТОВ И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ НА ФОНЕ ХИБС Латогуз С. И.	142
ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ГІПОМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ Левенець С. О., Верхошанова О. Г.	143
ІНТЕГРАЛЬНІ ЛЕЙКОЦИТАРНІ ПОКАЗНИКИ У МОЛОДИХ І СТАРИХ ЩУРІВ Ломако В. В., Піроженко Л. М., Ломако С. В.	144
АКТИВНОСТЬ НЕТРИПСИНОПОДОБНЫХ ПРОТЕИНАЗ В СЕРДЦЕ ПРИ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ Ломако В. В., Самохина Л. М.	145
ЕФЕКТИВНІСТЬ КАНЕФРОНУ Н У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СУБКЛІНІЧНИХ ОЗНАК УРАЖЕННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ХРОНІЧНИМ ПІСЛОНЕФРИТОМ Лучко О. Р.	146
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ З ЧАСТОТНИМИ МОДУЛЯЦІЯМИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ Мажак К. Д., Ткач О. А., Писаренко Є. І., Щурко Г. В.	147
ВПЛИВ ПОСДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ Майорова М. В., Андрусенко Д. О., Кірлан В. С.	148
ВПЛИВ ТАНАКАНУ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУ ГЕМОДИНАМІКУ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ Малик Н. В.	149
НОВІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГІПОТИРЕОЗУ ТА ЙОГО МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Бречка Н. М., Курилко Ю. С., Спиридонов А. В.	150

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН В ТЕРАПІЇ ГІПОТИРЕОЗУ ТА СУПУТНИХ РОЗЛАДІВ АЗОТИСТОГО ОБМІНУ Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Бречка Н. М., Курилко Ю. С., Спиридонов А. В.	151
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ СПІВЗАЛЕЖНИХ РОДИЧІВ ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ Маркозова Л. М.	152
ОСОБЛИВОСТІ ДОПОМОГИ ОСОБАМ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ (для лікарів загальномедичної практики) Маркозова Л. М., Слюсар В. В., Дюкар Н. В.	153
МАРКЕРИ АНГІОГЕНЕЗУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ Мартовицький Д. В.	154
ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНИХ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ПОСДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА РІВНЕМ ЕНДОСТАТИНУ Мартовицький Д. В., Шелест О. М., Ковальова Ю. О.	155
ВАРІАЦІЇ ВІСЦЕРАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ЯК ПРОГНОЗ-НЕГАТИВНИЙ МАРКЕР ПЕРЕБІГУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Марченко А. С., Коряк В. В.	156
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Меденцева О. О., Рудик Ю. С., Удовиченко М. М., Бабічев Д. П.	157
СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2018 РОЦІ Мельник О. Г., Боровик І. Г., Рябоконт А. І., Дюльдева Т. А., Моргун Т. М.	158
РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-33 ЗА КОМОРИДНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Мельник О. Г., Тверезовський В. М., Прохоренко В. Л., Маслова Є. П.	159
ПИТАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ В НАУКОВИХ ПРАЦЯХ АКАДЕМІКА Л. Т. МАЛОЇ ТА ЇЇ ШКОЛИ Милославський Д. К., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Снігурська І. О., Пенькова М. Ю. ...	160
АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО Q-ПОЗИТИВНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Мінухіна Д. В., Бабаджан В. Д.	161
РОЛЬ СТРЕСС-РЕАКЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ ІШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Мирзаев С., Азизов Н. Н., Болтабоев С. А., Азизов С. В., Сатиев Ш. К., Жахангиров Ш. Ж.	162

ВПЛИВ КУРСОВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ВІТА-МЕЛАТОНІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ ІЗ ЗАКРЕПАМИ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ І АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Мишук В. Г., Григорук Г. В.	163
ОЦІНКА КОНТРОЛЮ СИМПТОМІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА СЕРЕДНЬО-ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПОСІДНАННІ З ОЖИРІННЯМ Мигович В. В., Мигович Л. Д., Попадинець І. Р.	164
ШПИТАЛЬНА СТАФІЛОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕННЯ Моїсеєнко Т. М., Торяник І. І., Казмірчук В. В., Іваннік В. Ю., Грищенко М. І., Кривенко В. М., Грищенко В. М.	165
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМОГО ПЕРОРАЛЬНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА У БОЛЬНОЙ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ Молодан В. И., Аболмасов А. Н., Молодан Д. В., Швец В. М.	166
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ПЕНТРАКСИНУ-3 З ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Молоотягін Д. Г.	167
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА Молоотягина С. П., Гуйда П. П.	168
ДЕБЮТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА Молоотягина С. П., Гуйда П. П.	169
МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА Мосійчук Л. М., Ошмянська Н. Ю., Петішко О. П., Кушніренко І. В.	170
КОМОРБІДНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Демешкіна Л. В., Сімонова О. В.	171
ЖИРОВА ІНФІЛЬТРАЦІЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З АТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Васильєва І. О., Бочаров Г. І.	172
ШВИДКІСТЬ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛІ У ЧОЛОВІКІВ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА І ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Надюк А. В., Єгоров К. Ю.	173
РІВЕНЬ МАРКЕРІВ ІМУНОЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ЗА НАЯВНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Наріжна А. В.	174
ПОКАЗНИКИ ПРОЗАПАЛЬНОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ ТА ФАКТОРА ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІІ ТА ІІІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ЗА НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ Наріжна А. В., Донцова Є. В.	175

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГЕОМЕТРІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС ЗІ СТЕНОЗУЮЧИМ КОРОНАРНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У ПОСТІНФАРКТНИЙ ПЕРІОД Настіна О. М., Білий Д. О.	176
ЗАСТОСУВАННЯ СЕДАТИВНИХ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ХМЕЛЮ ЗВИЧАЙНОГО (<i>HUMULUS LUPULUS L.</i>) У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ Невмержицький В. В., Торяник І. І., Іваннік В. Ю., Казмірчук В. В., Коваленко О. В., Прохоренко В. Л.	177
МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПІДВИЩЕНОМУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОМУ РИЗИКУ Й КОМОРБІДНОСТІ Несен А. О., Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Ярина Н. А., Резнікова О. І.	178
ЩОДО МЕДИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ РОБОТИ ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ Ніколенко С. Я., Боровик І. Г., Ткач С. І., Захаров О. Г., Пилипенко Н. О.	179
ПРОБЛЕМА СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ: ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ Носач О. В., Саркісова Е. О.	180
АНАЛІЗ РІВНЯ ЛЕПТИНУ ТА ЙОГО КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ГІПОТИРЕОЗОМ Оленич Л. В.	181
ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ ЩОДО ГРАМПОЗИТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ Осолодченко Т. П., Андреева І. Д., Пономаренко С. В., Завада Н. П.	182
ПРОТИМІКРОБНА ВЗАЄМОДІЯ ЕКСТРАКТУ ЕВКАЛІПТУ ПРУТОВИДНОГО В КОМБІНАЦІЯХ З МОДИФІКОВАНИМИ АМІНОКИСЛОТАМИ СТОСОВНО ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ Осолодченко Т. П., Андреева І. Д., Штикер Л. Г., Рябова І. С.	183
РЕНАЛЬНІ РИЗИКИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ Оспанова Т. С., Семидоцька Ж. Д., Чернякова І. О., Авдеева О. В., Пионова О. М., Трифонова Н. С.	184
ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ ОСТЕОПЕНІЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ Пасієшвілі Л. М., Іванова К. В.	185
МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПРОГРЕСУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОДИТ Пасієшвілі Т. М.	186
ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ З НАЯВНІСТЮ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРЦЯ ТА БЕЗ НЬОГО Пенькова М. Ю., Старченко Т. Г., Мисниченко О. В.	187

ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Пилипів Л. І., Радченко О. М.	188
ВАЗОСПАСТИЧНИЙ БІЛЬ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ ТА ЙОГО БЛОКУВАННЯ Погорелов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова С. П., Прохоренко В. Л.	189
ВПЛИВ ТЕЛМІСАРТАНУ НА ЕНДОВАСКУЛЯРНИЙ СТАН У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ Погорелов В. М., Стебліна Н. П., Маслова С. П.	190
ІНФІКОВАНІСТЬ ТА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГО-ФАРИНГІТ, ОБУМОВЛЕНИЙ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСОМ Попова Н. Г., Торяник І. І., Кулікова О. О., Іваннік В. Ю., Васильєв Д. В., Шуба Д. Г., Близнюк В. В.	191
СТАН ЗДОРОВ'Я РОБІТНИКІВ ТЮТЮНОВОГО ВИРОБНИЦТВА Попова Т. М., Мельник О. Г., Рябокони А. І.	192
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ – ЯК ДІЄВА СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Потяженко М. М., Настрога Т. В., Невоїт Г. В., Кітура О. Є., Люлька Н. О., Соколюк Н. Л.	193
РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ВИКОРИСТАННЯМ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ Потяженко М. М., Люлька Н. А., Настрога Т. В., Остапчук Ю. А.	194
РОЛЬ ФАКТОРІВ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ КРИПТОСПОРИДІОЗНОЇ ДІАРЕЇ МАНДРІВНИКІВ Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А., Мірошніченко М. С., Костира І. А., Похил С. В., Калініченко С. В., Меркулова Н. Ф., Макаренко В. Д.	195
АНАЛІЗ РІВНЯ ПОЛІАМІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ ОПТИЧНОГО ІМУННОГО БІОСЕНСОРА НА ОСНОВІ ПОВЕРХНЕВОГО ПЛАЗМОННОГО РЕЗОНАНСУ Прилуцький М. П., Стародуб М. Ф.	196
ОСНОВНІ ПОРУШЕННЯ МОТОРНО–КІНЕТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ Пролом Н. В., Тарабаров С. О., Галінський О. О., Руденко А. І.	197
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Прохорова Е. А.	198
АССОЦИАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА IRS-1 С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ РАЗЛИЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ Псарёва В. Г.	199
ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ КАРДІОПУЛЬМОНАЛЬНІЙ КОМОРБІДНОСТІ Псарьова В. Г., Кочуєва М. М., Тимченко Г. А., Заїкіна Ю. О., Курочка А. С.	200

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ КАРДИОГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ З КАРДІОПУЛЬМОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Псарьова В. Г., Рубан Л. А., Кочуєва М. М., Тимченко Г. А., Чекмарьова А. М.	201
ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У МЕШКАНЦІВ СІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ Радомська Т. Ю.	202
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВОДНЕВОГО ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ У ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ Радомська Т. Ю., Горбаткова Н. Г., Салівон-Гончаренко А. А.	203
НЕСПЕЦИФІЧНИЙ АОРТОАРТЕРІТ З ПОЄДНАНИМ УРАЖЕННЯМ АОРТИ І АРТЕРІЙ Радченко А. О., Молодан В. І.	204
СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ПРОФІЛАКТИКИ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ Радченко О. М.	205
ПОШИРЕНІСТЬ ПОЄДНАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З АНЕМІЄЮ Радченко О. М., Федик О. В.	206
ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Резуненко О. В.	207
ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК В СПОРТІ Резуненко О. В.	208
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АНЕМІЇ ЩОДО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ І ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г.	209
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ Ринчак П. І., Заїкіна Т. С., Мидловець В. О., Шишкіна С. О.	210
КАЛІСТАТИН ЯК БІОМАРКЕР ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Рождественська А. О., Железнякова Н. М.	211
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГОНАРТРИТОМ Ромуз Н. А., Ханюков А. А., Егудина Е. Д.	212
СТАН СЕКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ Руденко А. І., Пролом Н. В., Галінський О. О.	213
МЕДИКАМЕНТОЗНА ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА ПРОФІЛАКТИКА НАПАДІВ МІГРЕНІ Рябова О. О., Кашута В. Є.	214

ПРОТИЗАПАЛЬНІ ТА ГІПОЛІПІДЕМІЧНІ ЕФЕКТИ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ІХС З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА РІЗНИМ СТУПЕНЕМ НАДЛИШКОВОЇ ВАГИ Рябуха В. В., Ченчик Т. О., Кліменко Т. І.	215
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ Семеновых П. С., Топчий И. И., Щербань Т. Д., Мазий В. В., Якименко Ю. С.	216
НЕИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕКА И МИКРОБИОТА: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., Неффа М. Ю., Чернякова А. Е.	217
ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ФОНУ НА ПЕРЕБІГ СТАБІЛЬНОЇ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ЩО УСКЛАДНЕНА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ Середюк Л. В., Вакалюк І. П.	218
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕБІКАРУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ Середюк Л. В., Вакалюк І. П.	219
АРТЕРІАЛЬНА ЖОРСТКІСТЬ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ – КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПОДАГРОЮ Середюк Н. М., Вакалюк І. П., Середюк В. Н., Вацеба М. О.	220
ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНУ РЕЦЕПТОРІВ, АКТИВУЮЧИХ ПРОЛІФЕРАЦІЮ ПЕРОКСИСОМ (PPAR _γ) У ХВОРИХ НА ІХС В ПОСДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Серік С. А., Комір І. Р., Бондар Т. М., Ченчик Т. О.	221
РІВНІ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ-А ТА ЇХ ВЗАСМОВ'ЯЗОК З ГЛЮКОМЕТАБОЛІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОСДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О.	222
ШЛУНОЧКОВІ ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Серік С. А., Страна В. І., Горб Ю. Г.	223
ЗМІНИ ДОБОВОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Сидоренко Г. В., Білий Д. О.	224
ВЗАСМОВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНІВ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Сипало А. О.	225

ВПЛИВ СОРТИЛІНЕМІЇ НА ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Сипало А. О., Паштіані Р. В.	226
ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Ситіна І. В.	227
ОЦІНКА ПОШИРЕНOSTІ ФАКТОРІВ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ СЕРЕД ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Сікало Ю. К., Журавльова Л. В., Федоров В. О., Олійник М. О., Єрахторіна Н. В.	228
КИШКОВА МЕТАПЛАЗІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ: ПОШИРЕНІСТЬ І ВАРІАНТИ ЗА ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЇ З РЕЖИМАМИ ЗБІЛЬШЕННЯ І ВУЗЬКОСМУГОВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ Сімонова О. В., Мосійчук Л. М., Петішко О. П.	229
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ Скирда І. Ю., Петішко О. П., Зав'ялова І. Ю.	230
АКТИВНІСТЬ МЕТАБОЛІТІВ ПРОБІОТИЧНИХ ШТАМІВ. ПРОГНОЗ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ Скляр А. І., Калініченко С. В., Попов М. М., Мелентьєва Х. В., Торяник І. І., Попова Н. Г., Коротких О. О., Антушева Т. І.	231
ВИКОРИСТАННЯ ВАЗОПРЕСОРНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМУ СИНДРОМІ Сливка Н. О., Вірстюк Н. Г.	232
АКТИВНІСТЬ КАЛЬЦІЇНІВ ЗА УМОВ ПРИРОДНОЇ ГІБЕРНАЦІЇ Стародуб М. Ф., Самохіна Л. М., Ломако В. В.	233
ДІАСТОЛИЧНА ФУНКЦІЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ДИНАМІЦІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Старченко Т. Г., Юшко К. О., Милославський Д. К., Пенькова М. Ю., Корнійчук І. А.	234
ДІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ПРИ ОТРИМАННІ ЗАПИТІВ ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ Стащак А. Ю., Кривенко О. І., Капустник В. В.	235
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ З ПОКАЗНИКАМИ ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ Степанов Ю. М., Діденко В. І., Кленіна І. А., Татарчук О. М., Петішко О. П., Косенко Л. В.	236
ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ КРОНА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНИХ І ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ Степанов Ю. М., Сімонова О. В., Стойкевич М. В.	237

ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ З МАРКЕРАМИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ Степанов Ю. М., Завгородня Н. Ю., Татарчук О. М., Лук'яненко О. Ю.	238
ІНГІБУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРАЦІЇ МАКРОФАГІВ ТА РАННІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST Стороженко Т. С., Копиця М. П.	239
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ Страшок Л. А., Павлова О. С.	240
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ЕКОНОМІЧНА КОРИСТЬ: ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ Стречень С. Б., Красуцький С. П., Лишак Л. І., Хайле Р. Т.	241
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Недзвецька Н. В., Косенко Л. В., Петішко О. П.	242
ОСОБЛИВОСТІ ДИСБІОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ КРОНА Татарчук О. М., Стойкевич М. В., Вишнаревська Н. С., Федорова Н. С.	243
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ З ВИКОРИСТАННЯМ АДАЛІМУМАБУ Тверезовська І. І., Молодан В. І., Просоленко К. О.	244
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА РІВЕНЬ BDNF У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З ПОСТСТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ Тіткова А. М., Маркозова Л. М.	245
ОСОБЛИВОСТІ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ Тітова М. В., Шевцова З. І., Тарасова Т. С.	246
ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ ЗАПАЛЕННЯ ТА ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ Ткач О. А., Мажак К. Д., Платонова І. Л., Лаповець Н. Є.	247
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КАРОТИДНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Топчий І. І., Денисенко В. П., Кірієнко О. М., Самохіна Л. М., Циганков О. І.	248
ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА KLOTNO У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Топчий І. І., Семенових П. С., Гальчінська В. Ю., Щербань Т. Д., Савічева К. О.	249
СОДЕРЖАНИЕ ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ Топчий И. И., Щербань Т. Д., Гальчинская В. Ю., Семеновых П. С., Тумка А. В.	250

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНА ТОПІЧНИМИ КОРТИКОСТЕРОЇДАМИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ Турок В. В., Молодан В. І., Просоленко К. О.	251
ПИТАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НАУКОВІЙ СПАДЩИНІ АКАДЕМІКА Л. Т. МАЛОЇ Фадєєнко Г. Д., Коваль С. М., Серік С. А., Рудик Ю. С., Топчій І. І.	252
ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ВІСЦЕРАЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ В РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Фадєєнко Г. Д., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Соломенцева Т. А., Нікіфорова Я. В.	253
ШЕМИЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ Й ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА: ТРАНСНОЗОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ КОМОРИДНОСТІ Фадєєнко Г. Д., Несен А. О., Ізмайлова О. В.	254
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПЕМІЇ ТА ГЛІКЕМІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ОЖИРІННЯ НА ТЛІ КОРЕКЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.	255
СПІВІДНОШЕННЯ ОСНОВНИХ ФІЛЮТИПІВ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У ХВОРИХ НА НАЖХП ТА СУПУТНЕ ОЖИРІННЯ Фадєєнко Г. Д., Черелюк Н. І., Курінна О. Г.	256
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПОЧЕЧНО- ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ Фазылов А. В., Ибрагимов А. Ю., Холодова Е. Г., Махмудова Д. Н.	257
ІНДЕКС ЗАЛИШКОВОГО МІОКАРДІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА Федорченко М. В., Середюк Н. М.	258
ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ МАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ПОСДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Фельдман Д. А., Риндіна Н. Г.	259
ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА НЕКОНТРОЛЬОВАНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Фещенко Ю. І., Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Опімах С. Г., Галай Л. А.	260
ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК ГІПЕРІНФЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Фещенко Ю. І., Яшина Л. О., Опімах С. Г., Полянська М. О., Власова Н. А.	261
ТРОМБОЦИТАРНО-КОАГУЛЯЦІЙНИЙ ГЕМОСТАЗ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОГО УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ТА ЖОВЧНОГО МІХУРА Філіпюк А. Л., Стрільчук Л. М.	262

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА СУПУТНЬОЮ ШЕМИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Харченко Ю. С., Самохіна Л. М., Крахмалова О. О., Гетман О. А.	263
ИММУНОПАТОГЕНЕЗ САРКОИДОЗА Химич Т. Ю., Бильченко О. С., Красовская Е. А., Савоськина В. А.	264
ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ДІЇ КОМПОЗИЦІЙ СУМІШЕЙ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ АМОКСИЦИЛІНУ З НІТАЗОЛОМ Христьян Г. Є., Казмірчук В. В., Торяник І. І., Іваннік В. Ю., Макаренко В. Д., Грищенко М. І.	265
ВИВЧЕННЯ ПОСТГІПЕРТОНІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ЕРИТРОЦИТІВ ЛЮДИНИ В МОДЕЛЬНОМУ ЕКСПЕРИМЕНТІ З ВИКОРИСТАННЯМ АМФІФІЛЬНИХ СПОЛУК Чабаненко О. О., Єршова Н. А., Ніпот О. Є., Єршов С. С., Шапкіна О. О., Орлова Н. В., Шапова Н. М.	266
ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДИСБАЛАНСУ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ Черняєва А. О., Кравчун Н. О., Дунаєва І. П., Полозова Л. Г., Холодний О. В., Романова І. П.	267
СТАН ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ Човганюк О. С., Ориначак М. А., Гаман І. О., Шеремета О. М., Кочержат О. І., Александрук Д. П., Краснопольський С. З., Палій О. Ю.	268
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА TCF7L2 НА МЕТАБОЛІЧНІ І ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ НАТЩЕ І ПОРУШЕННІ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ГЛЮКОЗИ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ Шалімова А. С.	269
ЗМІНИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Й ОЖИРІННЯ Шапаренко О. В., Майорова М. В.	270
ЗВ'ЯЗОК НЕСФАТИНЕМІЇ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ Шапаренко О. В.	271
ДЕЯКІ СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Шапкін В. Є.	272
ЗАСТОСУВАННЯ ¹³ C-АМІЛАЗНОГО ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНИХ ПАНКРЕАТИТІВ Шаповал О. А., Яцишин Р. І., Скробач Н. В., Вишиванюк В. Ю., Петрина В. О.	273
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ Шелест Б. А.	274

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕРИТРОЦИТІВ Шило О. В., Ломако В. В.	275
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Шкапо В. Л., Несен А. А., Валентинова И. А.	276
ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНИТОРИНГУ АРТЕРИАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОСДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ВТОРИННИМ СИНДРОМОМ РЕЙНО Штефюк О. В.	277
АНАЛІЗ ВЗАСМОЗВ'ЯЗКІВ ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ОЗНАК МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Щербиніна М. Б., Гладун В. М.	278
АНГІОТЕЗИН-(1-7) ТА АПЕЛІН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ДИНАМІЦІ ТЕРАПІЇ БЛОКАТОРАМИ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ Юшко К. О., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Снігурська І. О., Дунаєвська М. М., Конькова В. С.	279
РІВЕНЬ ВИСОКОЧУТЛИВОГО С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА ПЛАЗМИ КРОВІ ТА СТАН СИСТЕМИ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ, АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ Яловенко М. І., Ханюков О. О.	280
«ШКОЛА ТЕРАПЕВТІВ ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ» – ПІДСУМКИ 15 РОКІВ ДІЯЛЬНОСТІ Ярина Н. А., Несен А. О.	281
САРКОПЕНІЧНЕ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Яцишин Р. І., Стойка І. В., Герич П. Р., Штефюк О. В.	282
ВІТАМІН D ТА ХОЗЛ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ Яцишин Р. І., Чернюк Н. В., Герич П. Р., Доскалюк Б. В., Федорович Х. М.	283
ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ЗНИЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Яшина Л. О., Фещенко Ю. І., Ігнатєва В. І., Гуменюк Г. Л., Зволь І. В.	284
THE DEGREE OF DEVELOPMENT AND THE ROLE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF NON-ALCOHOL FATTY DISEASE OF LIVER AND CHRONIC DISEASE IN PATIENTS WITH OBESITY Antoniv A. A.	285
DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF PERIPHERAL BLOOD ANALYSIS IN PREVENTION OF EARLY INFECTIOUS COMPLICATIONS AFTER KNEE AND HIP JOINT ARTHROPLASTY Dielievska V. Yu., Borzova O. Yu., Marushchak O. P.	286

EFFECT OF PROLACTIN ON MYOCARDIAL ISCHEMIA IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA OF TENSION AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE Drozhd V. Yu., Khukhlina O. S., Antoniv A. A.	287
PHENOTYPIC DISTRIBUTION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND COMORBID HYPERTENSION DISEASE Kapustnik V. A., Arhipkina O. L.	288
SYSTEMIC INFLAMMATION AND IMMUNITY IN OCCUPATIONAL CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN COMBINATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION Kapustnik V. A., Kostyuk I. F., Kalmykov O. O., Al-Halboos M. A.	289
CYTOKINE PROFILE CHANGES AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH OCCUPATIONAL CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH DIABETES MELLITUS 2 TYPE Kostyuk I. F., Arkhipkina O. L., Byazrova V. V., Steblina N. P.	2900
THE STUDYING TENASCIN C IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2 Koteliukh M. Yu.	291
THE INTERACTION WITH LIPID EXCHANGE AND COMPONENTS OF THE INTERCELLULAR MATRIX IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS Koteliukh M. Yu., Kravchun P. G.	292
IMMUNOLOGICAL PECULIARITIES OF THE INFECTIOUS PROCESS IN PATIENTS WITH PERIPROSTHETIC INFECTION Kravchun P. G., Dielievska V. Yu., Chuprun V. V., Titarenko O. P.	293
CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND ATRIAL FIBRILLATION Kushnir Yu. S., Doronkina V. S., Chvora D. L.	294
EVIDENCE AND NON-EVIDENCED BASED PRACTICES WITHIN UKRAINIAN HEALTH SECTOR Markovska A., Ostropolets S., Isayeva G.	295
CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES: FOCUS ON MULTIMORBID PATHOLOGICAL CONDITIONS AND CARDIOVASCULAR RISK Nesen A. A., Shkapo V. L., Valentinova I. A.	296
THE LONG-TERM PROGNOSIS FOR PATIENTS WITH HEART FAILURE AND A POLYMORPHISM C825T (RS5443) G-PROTEIN β_3 -SUBUNIT GENE Pyvovar S. M., Rudyk Yu. S., Krotova O. B., Lozyk T. V.	297
LIVER FUNCTIONAL TESTS IN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND HYPERTENSION Prosolenko K. A., Panchenko G. Yu., Imbili S.-N.	298
RESPIRATORY EXTRAESOPHAGIAL SYMPTOMS OF THE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN ELDERLY PATIENTS Shuper V. O., Shuper S. V., Rykova Ju. O., Vodianik V. V.	299

METABOLISM OF PROSTAGLANDINS IN PATIENTS WITH COMBINED COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTENSION Sukhonos N. K., Byazrova V. V., Steblina N. P.	300
DIAGNOSIS OF OSTEOPOROTIC CONDITIONS IN PATIENTS WITH COMBINED COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS AND HYPERTENSIVE DISEASE BY DETERMINATION OF TARTRATE-RESISTANT ACID PHOSPHATASE Viun T. I.	301
AGE-RELATED CHANGES OF NESFATIN-1 ACTION IN HYPERTENSIVE WOMEN Vizir M. O.	302
PROGNOSTIC VALUE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION MEASURED BY SCD40-LIGAND AND SVE-CADHERIN IN OCCURRENCE OF UNSTABLE ANGINA IN PATIENTS WITH POST-MI CARDIOSCLEROSIS AND DIABETES MELLITUS TYPE 2 Zayikina T. S., Rynchak P. I.	303
GLUCOSE METABOLISM IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC PANCREATITIS Zhelezniakova N. M., Zelena I. I., Pasiieshvili T. M.	304
RELATIONSHIP BETWEEN CARBOHYDRATE EXCHANGE PARAMETERS AND CALPROTECTIN LEVEL IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH REGARD TO CONCOMITANT TYPE 2 DIABETES MELLITUS Zhuravlova M. I., Ryndina N. G., Kravchun P. G.	305
CORRELATIONS BETWEEN MICROALBUMINURIA, LIPID PROFILE INDICATORS AND C-REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS WITH TYPE DIABETES TYPE II AND CHRONIC HEART FAILURE Zolotaikina V. I., Kravchun P. G.	306
3MICT	307

Комп'ютерна верстка: Федотова Т. А., Дудар Л. О.

Адреса редколегії:

ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”
просп. Любові Малої, 2-а, м. Харків, 61039, Україна
E-mail: info@therapy.gov.ua, therapy@amnu.gov.ua
www.therapy.org.ua/uk

Підписано до друку 18.03.2019 р. Формат 60x84 1/16.

Ум. друк. друк. арк. 23,07. Замовлення № С-03241.

Гарнітура Times New Roman. Наклад 170 прим.

Видавництво ТОВ «Дім Реклами»

61010, м. Харків, пр. Гагаріна 10/1

Свідоцтво про реєстрацію суб'єкта видавничої справи ДК № 4822 від
19.12.2014 р.