Міністерство охорони здоров'я України
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України»

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

тези наукових доповідей
науково-практичної конференції

14–15 травня 2015 р.
м. Дніпропетровськ

Дніпропетровськ
«Герда» | 2015

УДК: 616.1/.9:371.122
ББК: 54.1Н34
А43

Рекомендовано до друку вченою радою Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Редакційна колегія:

Дзяк Г.В. – ректор ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», завідувач кафедри госпітальної терапії № 2, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор;

Перцева Т.О. – перший проректор ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», завідувач кафедри факультетської терапії та ендокринології, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор;

Курята О.В. – завідувач кафедри госпітальної терапії №1 та профпатології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор;

Потабашній В.А. – доктор медичних наук, професор кафедри терапії, кардіології та функціональної діагностики ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;

Степанов Ю.М. – директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», завідувач кафедри гастроентерології та терапії ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор.

Члени редколегії:

Бардаченко Н.І. – кандидат медичних наук, асистент кафедри госпітальної терапії № 1 та профпатології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;

Карапетян К.Г. – кандидат медичних наук, доцент кафедри госпітальної терапії №1 та профпатології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;

Філіппова О.Ю. – кандидат медичних наук, доцент кафедри госпітальної терапії №1 та профпатології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Актуальні питання внутрішньої медицини : тези наукових доповідей науково-практичної конференції / редкол.: Г.В. Дзяк та ін. – Дніпропетровськ : Герда, 2015. – 146 с. : іл.

А43

ISBN 978-617-7097-33-3

В збірнику представлені матеріали наукових доповідей та статей за основними розділами внутрішньої медицини (кардіологія, ревматологія, пульмонологія, гастроентерологія, нефрологія, ендокринологія, алергологія, професійні хвороби), які на сучасному рівні відображають питання діагностики та лікування найбільш поширених захворювань та результати власних наукових досліджень.

Збірник розрахований на лікарів загальної практики/сімейної медицини, терапевтів, вузьких спеціалістів в галузі внутрішньої медицини, лікарів інтернів, студентів та науковців.УДК: 616.1/.9:371.122
ББК: 54.1Н34

Відповідність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори.

ISBN 978-617-7097-33-3

© Автори статей, текст, 2015

ЗМІСТ

Аналіз безпеки медичного застосування інгібіторів АПФ
Ілляш М.Г., Шевченко Т.Л., Базика О.Є., Деяк С.І., Тхор Н.В., Короткоручко О.Ю.
ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України 15

Аналіз інфікування на helicobacter pylori у контингенту, виконуючого роботи на об'єкті «УКРИТТЯ» ЧАЕС
Незговорова Г. А., Дегтярьова Л.В., Громадська В.М.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України» 16

Аналіз поєднаної, супутньої патології та ускладнень гострого холециститу у пацієнтів на вторинному рівні медичної допомоги
Скирда І.Ю., Зигало Е.В., Петішко О.П.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» 17

Анализ степени выраженности диабетической дистальной симметричной сенсомоторной полинейропатии в зависимости от длительности течения сахарного диабета у разных возрастных категорий населения
Беспятая О.П.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» 18

Антибіотикоасоційована діарея на фоні ерадикаційної антихелікобактерної терапії
Саленко А.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра гастроентерології та терапії ФПО 20

Атеросклеротические изменения магистральных артерий головы, уровень триглицеридов и мочевой кислоты у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с неалкогольным стеатозом печени.
Гречаник М.М., Филиппова Е.В., Тимченко Е.В., Гречаник Н.М., Ветренко Р.А.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» 21

Варіабельність серцевого ритму у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень чоловіків і жінок
Сміян С.І., Лепявко А.А., Слаба У.С., Коморовський Р.Р., Лихацька Г.В., Мігенько Л.М., Свистун І.І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» 22

Взаємозв'язок між ураженням коронарних артерій та функціональним станом нирок у хворих на хронічну ІХС
Бардаченко Н.І.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії № 1 та профпатології 23

Взаимосвязь степени поражения сонных артерий с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных с гипертонической болезнью ii стадии (ГБ II ст).
Ильяш М.Г., Ярынкина Е.А., Базыка О.Е., Довганич Н.В., Старшова Е.С., Тхор Н.В., Деяк С.И., Шевченко Т.Л., Короткоручко О.Ю.
ГУННЦ «Институт Кардиологии им. акад. Н.Д.Стражеско» НАМН Украины....25

Вивчення вмісту ендотеліальної синтази оксиду азоту в слизовій оболонці гастродуоденальної зони у хворих з НПЗП-гастропатією
Степанов Ю.М., Бреславець Ю.С.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»....26

Вивчення печінкової енцефалопатії (ПЕ) в залежності від жорсткості паренхіми печінки (ЖПП) при хронічних дифузних захворюваннях печінки (ХДЗП), асоційованих з вірусом с (HCV)
Степанов Ю.М., Діденко В.І., Меланіч С.Л.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»....27

Внегоспитальная пневмония и тяжёлая декомпенсация сахарного диабета
Мариноха Г.Д.[1], Гусакова О.А.[1], Тищенко И.В.[2], Пастарус Л.Н.[1], Верзунина Е.В., Макарова М.А.[1]
[1]КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС»
[2]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»....29

Вплив коморбідної патології в підвищення кардіоваскулярного ризику у хворих на ішемічну хворобу серця
Грунченко М.М., Несен А.О., Чернишов В.А., Тверетінов О.Б., Валентинова І.А.
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН Україии»....30

Вплив стеатозу печінки на стан клітинного імунітету у хворих на негоспітальну пневмонію
Разумный Р.В.[1], Неклеса Л.М.[2], Карасьова О.В.[2]
[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології
[2]КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»....32

Вплив частоти загострень хозл на формування супутньої депресії та ступінь її тяжкості
Перцева Т.О., Конопкіна Л.І., Губа Ю.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології....33

Гастроезофагеальна рефклюксна хвороба, поєднана з дисфункцією сфінктера ОДДІ і жовчного міхура: психосоматичні особливості та якість життя пацієнтів
Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Демешкіна Р.Д., Зигало Е.В, Петішко О.П.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»....34

Гипертоническая болезнь: необходимость хронотерапевтического подхода
Петренко Е.В., Яблучанский Н.И.
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Кафедра внутренней медицины....35

Деякі патогенетичні механізми мікрореологічних розладів у пацієнтів із ХОЗЛ, асоційованим з ішемічною хворобою серця
Шупер С.В.
Буковинський державний медичний університет 37

Динаміка галектину-3 у хворих на хронічну серцеву недостатність зі збереженою фракцією викиду під впливом лікування
Кушнір Ю.С., Курята О.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології 38

Диференційоване застосування асманекса в ефективній формі доставки при лікуванні бронхіальної астми
Лекан О.Я.[1], Леоненко-Бродецька О.М.[2]
[1]Одеський національний медичний університет
Кафедра фтизіопульмонології
[2]КУ «Обласна клінічна лікарня», м. Одеса 39

Діагностика цереброваскулярних захворювань у працівників, що підпадають під дію загальної вібрації та у хворих на вібраційну хворобу від загальних вібрацій (характеристики головного болю)
Гринюк С.В., Базовкін П.С., Матвійчук Т.Д.
МОЗ Український НДІ промислової медицини, м. Кривий Ріг 40

Діагностична значущість біомаркерів системного запалення щодо адекватності лікування у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень тяжкого перебігу
Конопкіна Л.І., Басіна Б.О.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології 42

Діагностична значущість ліпідного спектру сироватки крові у пацієнтів з неалкогольним стеатозом печінки в сполученні з хронічним некалькульозним холециститом
Філіппова О.Ю.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології 43

Діагностична та прогностична значущість шкал (SMRT-CO та SOFA) у хворих на тяжку негоспітальну пневмонію
Перцева Т.О., Кіреєва Т.В., Белослудцева К.О.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології 44

Діагностична цінність електрокардіографічного дослідження у виявленні порушень серцевого ритму у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супутньою ішемічною хворобою серця (за даними ретроспективного аналізу)
Дудка П.Ф.[1], Кузнєцова-Арабулі Ю.В.[1], Дериземля І.О.[2], Магас О.І.[2]
[1]Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
[2]Київська міська клінічна лікарня № 3 46

Діагностичне значення змін складу жирних кислот сироватки крові у пасивних курців
Пікас О.Б., Пікас Г.Б., Брюзгіна Т.С.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.....47

Difficulties in diagnosing marfan syndrome using current FBN1 databases
Popowytch L.O., Doskaljuk B.V.
Ivano-Frankivsk national medical university.....49

Evaluation of the functional health in women of different age on the base of the heart rate variability analysis under the effect of emotions
Prokopenko N.A.
State Institute of Gerontology of the National Ukrainian Academy of Medical Sciences.....50

Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу у дітей в Україні
Білогорцева О.І.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».....50

Жирнокислотний спектр крові при гострому коронарному синдромі, що ускладнився серцевою недостатністю
Дудка П.Ф., Добрянський Д.В., Іорданова Н.Х., Тарченко І.П., Ковальчук Г.М.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.....52

Значення мікрофлори товстої кишки у розвитку поліпів шлунково-кишкового тракту
Полінкевич Б.С., Пікас П.Б.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ.....53

Значущість специфічних внутрішньошкірних тестів для діагностики латентної туберкульозної інфекції
Білогорцева О.І., Доценко Я.І., Победьонна Г.П., Ковальова О.Л.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».....54

Каріометричні показники на різних стадіях портальної гіпертензії у хворих з хронічним вірусним гепатитом с
Діденко В.І., Гайдар Ю.А., Аржанова Г.Ю.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетовськ.....56

Кісткові ерозії у пацієнтів з хронічним подагричним артритом, ассоційовані з тофусами
Кузьміна А.П., Князєва О.В., Лазаренко О.М.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО, м. Кривий Ріг.....57

Класс продолжительности интервала QTC и медикаментозный менеджмент пациентов в первый год после имплантации ЭКС
Мальцева М.С.[1], Волков Д.Е.[2], Лопин Д.А.[2], Яблучанский Н.И.[1]
[1] Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина
[2] ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины»..... 58

Клиническая эффективность бета-адреноблокаторов у пациентов эссенциальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа
Боброва Е.В.
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика..... 60

Клініко-функціональні особливості хворих на ХОЗЛ, що мають депресивні розлади
Перцева Т.О., Конопкіна Л.І., Губа Ю.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології..... 61

Клінічні прояви вегетативної дисфункції у пацієнтів з пролапсом мітрального клапану
Кузнецова М.А., Дзяк Г.В.
ДЗ « Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії № 2..... 62

Когнітивні функції у хворих на артеріальну гіпертензію
Дроздова І.В., Храмцова В.В., Мацуга О.М., Гончар Ю.О., Колганов І.А.
ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ..... 63

Коморбидная функциональная патология органов пищеварения: вопросы лечения
Чирва О.В., Несен А.А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» 65

Коморбидность атеросклероза и хронической болезни почек
Несен А.А., Чернышов В.А., Шкапо В.Л., Чирва О.В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины»..... 66

Коморбідна патологія у хворих на подагричний артрит
Доскалюк Б.В., Попович Л.О.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. Є.М. Нейка..... 67

Комплексный подход к терапии поражений слизистой полости рта при аллергологических заболеваниях
Маргитич С.В., Максаков Д.Н., Карп К.С., Карп А.С.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»..... 69

Лечение артериальной гипертензии у пациентов с протеинурией
Курята А.В., Фролова Е.А., Черкасова А.В., Гармиш И.П.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии № 1 и профпатологии 69

Лечение неалкогольной жировой болезни печени как компонента метаболического синдрома
Шендрик Л.М.
ГУ «Днепропетровская медицинскаяя академия МОЗ Украины»
Кафедра гастроэнтерологии и терапии ФПО 71

Лікування жінок з остеоартрозом та постменопаузальним остеопорозом
Маркова О.Я., Швець С.В., Швець К.Б.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг 72

Modern principles of diagnostic and prophylaxis of tuberculosis among the health care workers of anti-tuberculosis medical centers
Bilogortseva O.I., Dotsenko Ya. I., Pobedyonna G.P., Sadlovska M.A., Shatunova V.A.
SE „National Institute of pulmonology and phthisiology named by F.G. Yanovski NAMS of Ukraine" 73

Нефропатія при системній склеродермії: результати п'ятирічного дослідження
Курята О.В.[1], Лисунець Т.К.[2], Караванська І.Л.[1], Мітрохіна О.С.[1], Семенов В.В.[1]
[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології
[2] КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» 75

Обнаружения нейтрофильных внеклеточных ловушек
Кудрявцева В.Е.[1], Винников А.И.[2], Татарчук О.М.[1]
[1] ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск
[2] Днепропетровский национальный университет им. О. Гончара 76

Особенности и динамика табакокурения среди студентов вузов
Найдёнова Е.В.
Одесский национальный медицинский университет 77

Особенности лечения крапивницы с использованием антигистаминных препаратов второго поколения
Маргитич С.В., Максаков Д.Н.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» ..79

Особенности фармакотерапии артериальной гипертензии у больных с хроническим заболеванием почек
Прокопчук Ю.В., Ковальчук Л.И., Марченко В.М.
Одесский национальный медицинский университет
КУ Городская клиническая больница № 10 79

Особливості адгезійної активності тромбоцитів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень
Яковлєва В.Г.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології 82

Особливості ГЕРХ у хворих на ІХС, що отримують нітрати
Степанов Ю.М., Косинська С.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра гастроентерології та терапії ФПО.....84

Особливості когнітивних функцій у хворих на гіпертонічну хворобу
Колесник Т.В., Надюк А.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».....85

Оценка тяжести хронической сердечной недостаточности в баллах в динамике лечения у пациентов с ревматическими пороками сердца
Карапетян К.Г., Гейченко В.П., Соя Е.В.
ГУ «Днепропетровкая медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии №1 и профпатологии.....87

Оцінка динаміки маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ
Ільюк І.А., Токарчук О.О.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Кафедра внутрішньої медицини № 2.....88

Оцінка економічної доступності антигіпертензивного лікування вітчизняними препаратами
Ілляш М.Г., Базика О.Є., Старшова О.С., Яринкіна О.А., Довганич Н.В., Тхор Н.В., Шевченко Т.Л., Деяк С.І., Короткоручко О.Ю.
ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України.....89

Оцінка клінічної ефективності лікування хворих на негоспітальну пневмонію
Ільюк І. А., Коробко О. А., Степанюк Т.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини № 2.....91

Оцінка частоти синдрому надлишкового бактеріального росту при хронічних запальних захворюваннях кишечнику
Степанов Ю.М., Будзак І.Я., Коненко І.С.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра гастроентерології та терапії ФПО
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України».....92

Перспективи визначення амінокислотного складу сироватки крові
Петренко В.І., Процюк Р.Г., Галан І.О., Варченко Ю.А., Бєгоулєв О.Є., Марченко Г.Ф.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.....93

Плазменный фибронектин, как критерий тяжести течения идиопатического фиброзирующего альвеолита
Родионова В.В.[1], Шевцова А.И.[1], Карасева О.В.[2]
[1]ГУ «Днепропетровкая медицинская академия МОЗ Украины»
[2]КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова».....95

Показатели гемостаза у больных с артериальной гипертензией в сочетании с остеоартрозом
Родионова В.В.[1], Хмель Е.С.[1], Собко С.В.[1], Глиняная Л.А.[2]
[1]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии №1 и профпатологии
[2]КУ «Городская многопрофильная клиническая больница №4» ГОС»,
г. Днепропетровск.....96

Показники агрегаційних властивостей тромбоцитів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень
Яковлєва В.Г.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології.....97

Показники лівого передсердя та діастолічного наповнення лівого шлуночка у пацієнтів з гіпертонічною хворобою
Ілляш М.Г., Довганич Н.В., Базика О.Є., Старшова О.С., Тхор Н.В., Зеленська Л.І., Осадча О.П.
ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска».....99

Показники фізичного та психологічного здоров'я у хворих з коморбідною патологією
Шкапо В.Л., Несен А.О., Грунченко М.М., Чирва О.В., Валентинова І.А.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України».....100

Показники фізичного та психологічного компонента здоров'я у пацієнтів на анкілозуючий спондилоартрит
Кузьміна А.П., Князєва О.В., Азаренко В.Є.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО, м. Кривий Ріг.....102

Поширеність факторів ризику та комплаєнс до медикаментозної терапії і модифікації способу життя у хворих на стабільні форми ІХС
Караванська І.Л.[1], Щудро О.О.[1], Биковська Л.Ю.[2], Чвора Д.Л.[2]
[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
[2] КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова».....103

Провідні чинники, що впливають на обмеження життєдіяльності хворих на артеріальну гіпертензію
Дроздова І.В., Степанова Л.Г., Ємець М.М., Яковенко Н.О., Омельницька Л.В.
ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м.Дніпропетровськ.....105

Рання діагностика когнітивних розладів у хворих з соматичною патологією в практиці сімейного лікаря
Волошина О., Дукова О., Лисий І., Бугерук В., Прокопчук Ю., Найдьонова О.
Одеський національний медичний університет, Університетська клініка.....106

Рівень артеріального тиску у хворих на ревматоїдний артрит залежно від генотипу за BCL1 поліморфізмом гена глюкокортикоїдного рецептора
Савченко О.В.
Сумський державний університет, медичний інститут
Кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти.....108

Роль психосоматических разрешающих факторов в генезе функциональных заболеваний органов пищеварения
Степанов Ю.М., Кононов И.Н.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра гастроэнтерологии и терапии ФПО.....109

С-реактивный белок как маркер прогноза выживаемости больных ХОЗЛ с коморбидной патологией
Коваленко Е.Н.[1], Родионова В.В.[1], Ремез Я.В.[2], Семуха Н.В.[2]
[1] ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,
[2] КУ «Днепропетровская многопрофильная клиническая больница №4 ДОС».....110

Связь клеточной пролиферации гепатоцитов и фиброза печени при хроническом вирусном гепатите «с»
Диденко В.И., Галенко А.П.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск.....111

Состояние аортального клапана у больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе
Шевченко О., Чернова В., Галущак О.В., Трунова Л.А.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова».....112

Состояние желчного пузыря у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника по данным ультразвукового исследования
Степанов Ю.М., Коненко И.С., Бойко Т.И., Шевцова З.И.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины».....113

Співвідношення гліцин / серин в плазмі як чинник ризику розвитку ішемічних ускладнень у хворих з гострим q-інфарктом міокарда
Яременко О.Б., Дудка П.Ф., Іорданова Н.Х., Бодарецька О.І., Добрянський Д.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.....115

Стан сегментарної діастолічної функції лівого шлуночка в залежності від ураження кронарних артерій
Хомич А.В.[2], Коваль О.А., Аносова Н.П.[2], Романенко С.В., Авакумова О.М.[2]
[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
[2] КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії» Дніпропетровської обласної ради.....116

Стан системного імунітету у хворих із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень
Добрянський Д.В., Дудка П.Ф., Ільницький Р.І., Тарченко І.П., Іорданова Н.Х.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.....117

Стан функції печінки на фоні антимікобактеріальної терапії у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та вірусним гепатитом В
Петренко В.І., Процюк Р.Г., Марченко Г.Ф., Потайчук В.І., Бєгоулєв О.Є., Варченко Ю.А., Галан І.О., Малиновська Т.В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця.....119

Стани поєднанні з подагричним артритом
Кузьміна А.П., Князєва О.В., Лазаренко О.М.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО, м.Кривий Ріг.....121

Структура екстрагенітальної захворюваності вагітних жінок в 2004–2013 рр. (За даними центру серцево-судинної та ендокринної патології)
Бондарева О.О.[1], Ченкалова Т.М.[2], Черненко Д.В.[2], Березницька Г.Г.[2]
[1] ДЗ „Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
[2] Пологовий будинок міської клінічної лікарні № 9 ДОР. Відділення патології вагітних (центр серцево-судинної та ендокринної патології).
м. Дніпропетровськ.....122

Ступінь впливу середніх доз симвастатину на ліпідний спектр крові та рівень системного запалення у пацієнтів з ІХС
Бардаченко Н.І.[1], Курята О.В.[1], Бардаченко Л.А.[2], Філіппова Є.В.[2], Тімченко Є.В.[2]
[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології
[2] КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова».....124

Сучасні напрями медичної реабілітації хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, сполучене з деформуючим остеоартрозом
Скиба Т.А.
ДЗ «Луганський державний медичний університет».....125

Течение остеоартроза коленных суставов при метаболическом синдроме
Ефременкова Л.Н., Якименко Е.А., Закатова Л.В., Кравчук О.Е., Клочко В.В.
Одесский национальный медицинский университет.....127

The influence of dyslipidemia on the development of nonobstructive coronary artery disease
Zabida A., Kuryata O., Karavanska I.
State Establishment «Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine».....128

Уровень ингибиторов протеолиза и галектина-3 у пациентов с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента st и реваскуляризацией миокарда
Скоромная А.С.[1], Коваль Е.А.[2]
[1] КУ «Днепропетровский областной клинический центр кардиологии и кардиохирургии»
[2] ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины».....129

Уровни воспалительных маркеров (лейкоциты, С-РБ и прокальцитонин) у беременных с острым бронхитом
Перцева Т.А., Киреева Т.В., Кравченко Н.К.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра факультетской терапии и эндокринологии.....130

Утворення біоплівок умовно-патогенними мікроорганізмами
Вінник Н.В., Кудрявцева В.Є., Бордунос К.С., Герасименко Л.Є.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України».....132

Фактор некрозу пухлин-альфа при медикаментозно-індукованих ураженнях печінки у хворих на хронічний лімфолейкоз
Гриджук Т.І.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».....133

Функциональная активность тромбоцитов у больных ХОЗЛ в зависимости от фактора табакокурения
Родионова В.В.[1], Коваленко Е.Н.[1], Николаенко-Камышова Т.П.[2], Воронина Н.А.[2]
[1] ГУ «Днепропетровкая медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии №1 и профпатологии
[2] КУ «Днепропетровская многопрофильная клиническая больница № 4 ДОС»....135

Функціональний стан ендотелію судин, рівні адипонектину, інсулінорезистентності у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з ревматоїдним артритом та можоивості їх корекції l-аргініном
Курята О.В[1]., Сіренко О.Ю.[1], Філіппова Є.В.[2], Тімченко Є.В.[2]
[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії № 1 та профпатології
[2] КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» 136

Хозл: связь обострений и количества фракционного азота (NO) в выдыхаемом воздухе
Перцева Т.А., Гашинова Е.Ю., Крыхтина М.А.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра факультетской терапии и эндокринологии.....137

Частота назначения и дозировка лекарственных препаратов у пациентов в разных классах продолжительности QRS комплекса на этапах постоянной электрокардиостимуляции
Шанина И.В.[1], Волков Д.Е.[2], Яблучанский Н.И.[1]
[1] Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Кафедра внутренней медицины
[2] ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева».....139

Эластические свойства общих сонных артерий у пациентов с хроническими гепатитами, ассоциированными с вирусом гепатита с (ХГС)
Степанов Ю.М., Диденко В.И., Коненко И.С., Дементий Н.П, Старикова Л.М, Шантырь Л.И, Ягмур В.Б.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины».....139

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК.....142

АНАЛІЗ БЕЗПЕКИ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ

Ілляш М.Г., Шевченко Т.Л., Базика О.Є., Деяк С.І., Тхор Н.В., Короткоручко О.Ю.
ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України

Ефективність та безпека лікарських засобів мають першочергове значення при їх виборі у терапії відповідних захворювань. При цьому існує правило — перш за все призначають препарат з найменшою кількістю побічних реакцій.

Антигіпертензивні препарати (інгібітори АПФ) за останні 20 років стали незамінними препаратами в лікуванні серцево-судинних захворювань. По даним метаналізу BPLTT (2009), інгібітори АПФ знижують ризик розвитку інсульту на 28 %, ускладнень ІХС – 22 % , СН – 18 % в порівнянні з плацебо.

Мета дослідження: вивчення несприятливих побічних реакцій (ПР) при медичному застосуванні інгібіторів АПФ у пацієнтів хворих на гіпертонічну хворобу II стадії в клінічному відділені Інституту.

Методи дослідження: бібліографічний, семантичний, системного підходу, статистичний, якісний метод оцінки причинно-наслідкового зв'язку між побічною дією та підозрюваним лікарським засобом, рекомендований ВООЗ.

Отримані результати. Авторами була розроблена анкета обліку пацієнтів хворих на гіпертонічну хворобу II стадії та ПР, які виникали у хворих при лікуванні препаратами АПФ та проведений аналіз анкет на виявлення ПР, які ними спричинені.

За період з 01.01.2014 р. по 30.12.2014 р. проліковано хворих у клінічному відділені – 744 пацієнта. З гіпертонічною хворобою II ступеня пройшли курс лікування 110 пацієнтів, з них 49 хворих на гіпертонічною хворобу II стадії проліковані вітчизняними препаратами (інгібіторами АПФ) в клінічному підрозділі інституту та виписані з позитивним результатом. У двох пацієнтів виявлено скарги на такі системні прояви ПР як сухий кашель, які спричинені еналаприлом вітчизняного виробника. Частота розвитку кашлю при медичному застосуванні інгібіторів АПФ в клінічному підрозділі Інституту на рівні літературних даних, що представлені в останньому виданні довідника лікарських засобів для лікарів (Physicsans Dekt Reference (PDR)), в якому повідомляється, що при призначенні еналаприлу кашель появляється з частотою 1,3 % .

Висновки. Всі ПР, спричинених інгібіторами АПФ відносяться до несерйозних передбачуваних ПР. Частота розвитку кашлю при медичному застосуванні інгібіторів АПФ по літературним даним і на рівні довідника PDR, що складає

1,3 %. Частота розвитку ПР при медичному застосуванні вітчизняних інгібіторів АПФ в клінічному підрозділі відділу на рівні, який відповідає 1,8 %, тобто допустимо низька. Тому застосування вітчизняних інгібіторів АПФ при лікуванні хворих на АГ II ступеня не поступається інгібіторам вітчизняного виробника, і, що важливо, значно економічно доступно для пацієнтів.

Всі ПР, спричинених інгібіторами АПФ відносяться до несерйозних передбачуваних ПР.

АНАЛІЗ ІНФІКУВАННЯ НА HELICOBACTER PYLORI У КОНТИНГЕНТУ, ВИКОНУЮЧОГО РОБОТИ НА ОБ'ЄКТІ «УКРИТТЯ» ЧАЕС

Незговорова Г. А., Дегтярьова Л.В., Громадська В.М.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

Мета. Проаналізувати рівень інфікування на Helicobacter pylori (HP) у осіб, допущених до виконання робіт щодо перетворення об'єкта «Укриття» (ОУ) ЧАЕС на екологічно безпечну систему з динамічним спостереженням за станом їх здоров'я на базі клініко-діагностичних підрозділів ДУ «ННЦРМ НАМН України».

Методи дослідження. Досліджена система травлення у 290 осіб чоловічої статі, віком від 20 до 59 років (середній вік M±SD=38,6±0,6 роки) впродовж 2005-2012рр., за допомогою езофагогастродуоденоскопії з діагностикою HP швидким уреазним тестом (тест системи «URE-HP test»,Чехія). Обстежені були розподілені на підгрупи (Іа та Іб) в залежності від раніше отриманих індивідуальних доз іонізуючого опромінення до початку робіт на ОУ.

Результати. При первинному медичному контролі у досліджених, які не отримали дозвіл до робіт на ОУ з-за наявності значного запального процесу в верхніх відділах шлунково-кишкового тракту, інфікування на HP було визначено у 56,7% осіб. В обстежених, що були допущені до виконання виробничих завдань на ОУ, найбільша кількість інфікованих на HP – 70% була зафіксована в осіб, що не мали раніше отриманого дозового навантаження (в Іа підгрупі). В групі порівняння (Іб підгрупі) хелікобактерну інфекцію було діагностовано в 65% осіб.

При медичному обстеженні після робіт на ОУ ендоскопічна картина характеризувалась достовірним ($p<0,01–0,05$) збільшенням запальних змін шлунка та дванадцятипалої кишки в обох підгрупах, при збільшенні випадків

інфікування на НР, як в Іа підгрупі – 76,1% осіб та й в Іб підгрупі – 68,8% осіб.

Висновок. Результати проведеного аналізу свідчать про високий рівень інфікування на НР у досліджених при первинному медичному контролі із збільшенням даного показника при повторному обстеженні, що поряд з достовірним зростанням патологічних змін шлунка та дванадцятипалої кишки, вказує на погіршення стану гастродуоденальної зони та вимагає застосування відповідних засобів лікування у зазначеного контингенту.

АНАЛІЗ ПОЄДНАНОЇ, СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Скирда І.Ю., Зигало Е.В., Петішко О.П.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

Мета дослідження: вивчити стан медичної допомоги пацієнтам з біліарною патологією в хірургічному відділенні багатопрофільної лікарні за поєднаною, супутньою патологією та ускладненнями основного захворювання.

Матеріали та методи дослідження. У відповідності до мети проведено аналіз історій хвороб 193 пацієнтів з гострим холециститом (ГХ). Первинним документом служила медична картка стаціонарного хворого (ф. 003/о). В основу дослідження покладались діагнози лікарів хірургічного відділення стаціонару (основний, ускладнення, супутні захворювання) згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, травм та причин смерті X перегляду. Пацієнти були розподілені на 2 групи: I група – 63 хворих з ГХ без ускладнень (32,6%), II група – 130 пацієнтів з деструктивними формами ГХ, ускладненими гострим холангітом (67,4%).

Результати дослідження. У пацієнтів досліджуваних груп було зареєстровано від 1 до 3 супутніх захворювань із порушенням функцій різних органів. Найбільш частою із них була серцево-судинна патологія – у 145 (75,1%) пацієнтів, що певною мірою пов'язано з її найбільшою розповсюдженістю серед населення, а також з тим, що в досліджуваній вибірковій сукупності переважали особи від 50 років і старше (62,8%), в яких з віком накопичуються хвороби внутрішніх органів. У 110 (57,0%) хворих зареєстровано поєднання ГХ з іншими гастроентерологічними захворюваннями. в якості поєднаної патології найчастіше реєструвався хронічний панкреатит (30,6%), на 2 місці за частотою спостерігались виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та стеатогепатит (по 9,3%). Аналіз ускладнень у хворих вибіркової сукупності свідчить

про те, що в хірургічному відділенні стаціонару переважають пацієнти з тяжким перебігом захворювання (67,4%). До найчастіше виявлених ускладнень відноситься механічна жовтяниця, яка складала 36,9% із загальної кількості обтяжених випадків ГХ, та холедохолітіаз (24,6%). Також реєструвались емпієма та водянка жовчного міхура (13,1 та 11,5% відповідно), панкреонекроз (5,4%) та підпечінковий абсцес (4,6%), у 5 (3,9%) випадків ГХ ускладнювався перитонітом. Слід зазначити, що ускладнення, які спостерігались у пацієнтів II групи в післяопераційному періоді корелювали з наявністю супутньої та поєднаної патології. Так, серед пацієнтів II групи з холангіогенною інфекцією на тлі серцево-судинних захворювань, яким не проводилось зовнішнє дренування жовчовивідних шляхів, у 18 (41,9%) післяопераційний період супроводжувався розвитком лихоманки, симптомів інтоксикації та лейкоцитозу, що вимагало корекції терапії і тривалішого лікування в стаціонарі. У 2 пацієнтів із всіх оперованих (4,7%) розвинулось ускладнення у вигляді нагноєння післяопераційної рани, що призвело до затримки виписки із стаціонару. У хворих II групи із хронічним панкреатитом також були зареєстровані в 3 (7,5%) випадках такі ускладнення як кровотеча з релапаротомією, нижньодольова пневмонія та тромбоемболія легеневої артерії. Наявність даних ускладнень пролонгувало стаціонарне лікування цих хворих.

Висновки. Ситуацію з гострою біліарною патологією, яка супроводжується наявністю поєднаної гастроентерологічної та супутньою патологією внутрішніх органів, обов'язково треба враховувати при складанні стандартів лікування, оскільки синдром взаємного обтяжування, що розвивається при цьому, посилює тяжкість стану пацієнтів.

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ СИММЕТРИЧНОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ

Беспятая О.П.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Цель исследования: проследить взаимосвязь между длительностью течения сахарного диабета и выраженностью диабетической дистальной симметричной сенсомоторной полинейропатией (ДДССП).

Материалы и методы: исследование проводилось на базе кабинета диабетической стопы, областной клинической больницы имени Мечникова. В течение 2014 года обследовано 2100 человек, из них мужчин 1140, женщин 960. Болеющих сахарным диабетом 1-го типа (СД 1) 760 человек, сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) 1340 человек. Из них впервые выявлен СД 1 у 36 человек, СД 2 у 180 человек. Количество пациентов имеющих в анамнезе ампутации 87, длительно не заживающие трофические язвы 156.Порог тактильной чувствительности оценивался при помощи 10 грамм (5.07 Semmes-Weinstein) монофиламента Количественная оценка ДДССП проводилась по шкале НДС (нейропатического дисфункционального счета, разработанной M. I. Joung в 1980 году).

Результаты исследования и их обсуждения: пациенты были разбиты на две основные группы: СД 1 и СД 2. Самому младшему пациенту в группе СД 1 20 лет, старшему 68 лет. В группе СД 2 младшему 30 лет, старшему 79 лет. Каждая группа была разграничена по длительности течения СД для впервые выявленного не более одного месяца. При анализе группы СД 1 для впервые выявленного индекс НДС в норме составлял 75% случаев, умеренно выраженная форма 25%, выраженная ДН 0%. При длительности заболевания до 5-ти лет: норма составляла в 65,9%, умеренно выраженная 34,1%, выраженная 0%.При длительности 5–10 лет: норма 70%, умеренно выраженная 30%, выраженная 0%. При длительности течения диабета 10–15 лет: норма 39,5%, умеренно выраженная 60,5%, выраженная 0%. При длительности 15–20 лет: норма 0%, умеренно выраженная 43%, выраженная 57%. С длительностью более 30 лет: норма 0%, умеренно выраженная 22,2%, выраженная 78%.При анализе группы СД 2 в группе впервые выявленного диабета индекс НДС в норме составлял 41,6%, умеренно выраженная ДН 33,4%, выраженная 25%. При длительности заболевания до 5-ти лет: норма 18,9%, умеренно выраженная ДН 53,7%, выраженная 27,4%. В группе с длительностью заболевания 10–15 лет: норма 2,6%, умеренно выраженная 33,3%, выраженная 64,06%. В группе с длительностью заболевания 15-20 лет: норма 0%, умеренно выраженная 46,9%, выраженная 53,06%. В группе с длительностью заболевания 20-30 лет: норма 0%, умеренно выраженная 14,5%, выраженная 85,5%. В группе СД 1 выраженная форма наблюдалась впервые при стаже заболевания более 15 лет, а в группе СД 2 встречалась и при впервые выявленном заболевании.

Вывод. Степень проявления ДН возрастает у пациентов с увеличения стажа заболевания. Наблюдая выраженную ДН при впервые выявленном СД, можно судить о поздней диагностике диабета. Своевременное выявление СД и ранняя диагностика ДН позволит значительно сократить количество ампутаций.

АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНА ДІАРЕЯ НА ФОНІ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ

Саленко А.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра гастроентерології та терапії ФПО

Одною з актуальних проблем медицини є розвиток антибіотикоасоційованої диареї (ААД) на фоні прийому антимікробних препаратів, який супроводжується зміною кількісного та якісного складу кишкової мікрофлори. Доведено, що ні доза, ні кратність, ні метод введення антибіотика не впливають на виникнення діареї. За літературними даними АДД виникає у одного з 100 пацієнтів, приймавших антибактеріальну терапію, при цьому риск її виникнення при одночасному прийомі інгібіторів протонної помпи або антагоністів Н2 -рецепторів збільшується у 2–3 рази.

Мета дослідження: вивчити частоту зустрічаємості ААД у хворих на виразкову хворобу шлунка та 12 палої кишки на фоні ерадикаційної терапії.

Матеріали та методи: Під спостереження було залучено 60 хворих на виразкову хворобу шлунка та 12 палої кишки, асоційовану з Helicobacter pylori (Нр), яким була призначена ерадикаційна терапія першої лінії. Діагноз встановлювався шляхом виконання фіброгастродуоденоскопії (гастродуоденоскопами „GJF-H20", „GJF-04" „Olimpus", Японія) з множинною гастробіопсією. Визначення Нр – інфекції здійснювалась шляхом мікроскопії відбитків матричок (цитологічне дослідження) слизової оболонки шлунка та за уреазним швидким тестом. Поряд з цим був виконаний дихальний водневий тест для діагностики синдрому надлишкового бактеріального росту в тонкому кишечнику (5 проб з 0 по 60 хвилин). При цьому застосовується газоаналізатор Gastro+Gastrolyzer з кольоровим дисплеєм, на якому відображається кількість виділення водню. Вміст водню визначається в мільйонних частках – parts per million (ppm). Пороговий рівень виділення водню складає 20 ppm

Отримані результати: в результаті проведеного дослідження клінічні прояви ААД були виявлені у 23 хворих (38%) та характеризувались появою діарейного та абдомінального больового синдромів. У більшості з них (45–75%) вони з'являлись на 3 добу після прийому антибіотиків. У 15 осіб (65%) ААД була легкого ступеню важкості у решти (8 хворих – 35%) – середнього ступеню важкості. За даними дихального водневого тесту максимальний показник виділення водню склав 7,8±0,09ppm, що відповідає нормі.

Висновки:

1. У 38% хворих, які проходили ерадикаційну терапію з приводу виразкової хвороби 12 палої кишки, асоційованої з Нр, виявлені клінічні прояви ААД.

2. Високий рівень ААД негативно впливає на ефективність ерадикації та потребує застосування додаткових заходів під час її проведення.

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ, УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ.

Гречаник М.М., Филиппова Е.В., Тимченко Е.В., Гречаник Н.М., Ветренко Р.А.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Цель исследования: оценить состояние магистральных артерий головы (МАГ), уровень триглицеридов (ТГ) и мочевой кислоты у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с неалкогольным стеатозом печени.

Материалы и методы: Группу 1 составили 19 мужчин с ИБС: стабильной стенокардией напряжения 2-3 функциональный класс (ФК) в сочетании с неалкогольным стеатозом печени (средний возраст – 55±6,05 лет), группу 2 – 7 пациентов с ИБС, но без гепатоза (средний возраст – 58,8±5,1 лет). Стабильная стенокардия напряжения II ФК установлена у 35 % в группе 1 и у 75% в группе 2, III ФК – у 65% и у 25% соответственно; острый инфаркт миокарда в анамнезе у 20% в группе 1 и у 50% в группе 2; острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в анамнезе у 20% в группе 1 и у 12,5% в группе 2. Пациенты с сахарным диабетом были исключены. Всем пациентам проводили ультразвуковое сканирование МАГ с помощью эходоплера на аппарате HD-7, Philips использованием конвексного датчика 5–2 МГц. Изучали лабораторные показатели: уровень ТГ и мочевой кислоты. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакетов программ «STATISTICA® for Windows 6.0». Для сравнения показателей в двух независимых группах использовали U-критерий Манна-Уитни, для оценки взаимосвязи между признаками использовали корреляционный анализ с расчетом коэффициента корреляции Спирмена (r). Статистически значимыми отличия считали при $p<0,05$.

Полученные результаты: Атеросклеротические изменения МАГ выявлены у 84% в группе 1 и у 71% в группе 2; критический стеноз >70% у 5% в группе 1; стеноз >30% у 63% в группе 1 и у 14% в группе 2. В группе 1 определялся достоверно более высокий уровень ТГ (2,46±0,64 ммоль/л) и мочевой кислоты (439±34 ммоль/л) в сыворотке крови в сравнение с группой 2 (1,6±0,96 ммоль/л и 328±0,64 ммоль/л) соответственно ($p=0,008$; $p=0,04$) . В группе 1 выявлена

прямая корреляция уровня мочевой кислоты с уровнем ТГ (r =0,58, p<0,05) и степенью стеноза МАГ (r=0,61, p<0,05) в отличие от группы 2.

Выводы. У пациентов с ИБС в сочетании неалкогольным стеатозом печени атеросклеротические изменения МАГ достоверно более выражены (p=0,04) в сравнение с пациентами с ИБС, но без стеатоза. Выявлена ассоциация уровня мочевой кислоты с уровнем ТГ и атеросклеротическим поражением МАГ.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

Сміян С.І., Лепявко А.А., Слаба У.С., Коморовський Р.Р., Лихацька Г.В., Мігенько Л.М., Свистун І.І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається актуальною проблемою медицини, незважаючи на активне проведення кампаній по боротьбі з тютюнопалінням. Якщо протягом попередніх декад захворюваність та смертність від ХОЗЛ серед чоловіків була суттєво вищою, порівняно з жінками, то за останні роки серед представників різних статей величини даних показників практично вирівнялися, а в ряді країн вже переважають серед жінок. Оскільки бронхо-легенева і серцево-судинна системи перебувають в тісному морфо-функціональному зв'язку, а автономна нервова система (АНС) впливає на бронхіальну прохідність і ритм серця, ми поставили за мету вивчити варіабельність серцевого ритму (ВСР) у хворих з бронхіальною обструкцією із врахуванням статевого аспекту.

Нами обстежено 29 пацієнтів з ХОЗЛ II–III стадії, 18 з яких були чоловіки (♂) і 11 – жінки (♀). Середній вік ♂ склав 58 років, ♀ – 52 роки. Із ♂ палили 83,3 %, ♀ – 63,6 %. Група контролю становила 12 чоловік (6 ♂ і 6 ♀). Всім обстеженим визначали BODE індекс, який включає об'єм форсованого видиху за 1 с (ОФВ1), відстань у метрах, яку проходить пацієнт за 6 хв, вираженість задишки за шкалою MMRC, індекс маси тіла (ІМТ), а також параметри ВСР за допомогою часового та спектрального аналізу: частоту серцевих скорочень (ЧСС), загальну потужність спектра (ТР) та її складові у доменах дуже низьких (VLF), низьких (LF) та високих частот (HF), співвідношення LF/HF.

За результатами дослідження виявлено, що у хворих на ХОЗЛ ♂ і ♀ частота дихання і ЧСС збільшувалися, а ОФВ1 зменшувався пропорційно до стадії ХОЗЛ, статевих відмінностей при цьому не спостерігали. Хворі ♀ мали менший

ІМТ ($p<0.05$) та меншу кількість супутніх захворювань. Також вони були менш толерантними до фізичного навантаження (відстань, яку вони пройшли за 6 хв, становила 92 % від належної, тоді як у чоловіків цей показних становив 101 %, $p=0.05$) та мали більше виражену задишку за шкалою MMRC (відповідно 3,5 і 2,4, $p<0.05$). Щодо ВСР було з'ясовано, що у ♂ і ♀ вона знижувалася, причому це зниження корелювало зі стадією хвороби. При підвищенні стадії ХОЗЛ знижувалася ТР ВСР здебільшого за рахунок HF, співвідношення LF/ HF зростало. У такі зміни були достовірно більшими, ніж у ♀ ($p<0,05$).

Отже, з прогресуванням ХОЗЛ відбувається зниження ВСР у пацієнтів обох статей, однак в чоловіків такі зміни є достовірно більшими, порівняно з жінками. Статеві відмінності у клінічному перебігу ХОЗЛ та ВСР, можуть бути зумовленими особливостями нейрогуморальної регуляції функцій бронхо-легеневої та серцево-судинної систем, впливом гормонального фону на метаболізм тютюнового диму та різною вираженістю оксидативного стресу, що призводить до пошкодження бронхо-легеневої тканини та судинного ендотелію. Аналіз ВСР хворих на ХОЗЛ із врахуванням їхньої статі може сприяти покращенню ефективності терапії даної патології, а також бути, певною мірою, предиктором розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ УРАЖЕННЯМ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ НИРОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІХС

Вардаченко Н.І.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії № 1 та профпатології

Порушення функції нирок часто зустрічається у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). На сьогодні в численних дослідженнях чітко доведено, що навіть найбільш ранні субклінічні порушення функції нирок є незалежним факторам ризику (ФР) серцево-судинних ускладнень і смерті, а також повторних ускладнень у пацієнтів з ССЗ.

Мета: оцінити взаємозв'язок між ураженням коронарних артерій (КА) та функціональним станом нирок у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця, які підлягають ангіографічним методам дослідження.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 376 пацієнтів з хронічними формами ІХС (61 жінка і 315 чоловіків) у віці від 40 до 75 років (середній вік – 57,7 ± 0,50 років), яким проводилось коронарографічне (КГ) дослідження на базі ендоваскулярного відділення Обласної клінічної лікарні ім.

І.І. Мечникова. Всім пацієнтам проводили КГ-дослідження коронарних артерій, визначали рівень креатиніну в сироватці крові та розраховували швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Cocroft-Gault (1976).

Результати дослідження. За результатами аналізу даних 376 хворих на ІХС середній рівень креатиніну в сироватці крові склав 88,3±1,26 мкмоль/л, швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) – 99,0±1,55 мл/хв/1,73м^2. Водночас, майже в половині випадків (n=157; 41,8 %) ШКФ була знижена (73,2±1,16 мл/хв/1,73 м^2). Серед них було 45 (28,7 %) жінок (ШКФ – 69,3±2,08 мл/хв/1,73 м^2) і 112 (71,3 %) чоловіків (ШКФ – 74,7± 1,38 мл/хв/1,73 м^2). Для вивчення взаємозв'язку між станом коронарного кровообігу і порушенням функції нирок у хворих на ІХС проведено порівняльне дослідження. При цьому критерієм стратифікації хворих на клінічні групи було значення ШКФ: 219 (58,2%) пацієнтів з ШКФ від 90 до 120 мл/хв./1,73 м^2 склали І групу; 157 (41,8%) пацієнтів з ШКФ від 60 до 90 мл/хв./1,73 м^2 увійшли в ІІ групу. Нами не виявлено вірогідних відмінностей між групами з різним рівнем ШКФ за кількісними показниками ураження КА, хоча відзначається тенденція до множинного ураження артерій при зниженій функції нирок – 36,9 % пацієнтів в І групі проти 28,3 % в ІІ групі мали стеноз трьох і більше КА ($p<0,08$). Аналіз якісного складу уражених артерій показав, що при зниженій ШКФ вірогідно частіше спостерігався стеноз передньої міжшлуночкової артерії (ПМША) – 61,8 % (n=97) проти 49,8 % (n=109) випадків ($p<0,05$). Атеросклеротичні зміни правої коронарної артерії (ПКА) також були більш характерними для пацієнтів І групи – 51,6 % (n=81) проти 44,3 % (n=97) випадків ($p>0,10$). Частота ураження інших крупних артерій коронарного русла (лівої коронарної артерії (ЛКА), обхідної артерії (ОА)) була порівняною ($p>0,70$). Порівнюючи групи з різним ступенем порушення функції нирок за локалізацією і тяжкістю ураження КА, слід відзначити наступні особливості. Для пацієнтів І групи більш характерно ураження проксимальних сегментів ПМША (60,8 % проти 51,4 % випадків в ІІ групі; $p>0,10$) і ОА (64,2 % проти 45,5 % відповідно; $p<0,05$), що асоціюється з більш високим ризиком несприятливого прогнозу. При збереженій функції нирок (ІІ група), навпроти, обструктивні зміни в цих артеріях частіше розташовуються дистальніше. Водночас, проксимальний відділ основного стовбура ЛКА вірогідно ($p<0,01$) частіше уражався у пацієнтів ІІ групи.

Висновки. Таким чином знижена функція нирок асоціюється з тяжкістю і поширеністю атеросклерозу в основних коронарних судинах.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ССЗ) У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ (ГБII ст).

Ильяш М.Г., Ярынкина Е.А., Базыка О.Е., Довганич Н.В., Старшова Е.С., Тхор Н.В., Деяк С.И., Шевченко Т.Л., Короткоручко О.Ю.
ГУПНЦ «Институт Кардиологии им. акад. Н.Д.Стражеско» НАМН Украины

Цель. Изучить взаимосвязь факторов риска ССЗ и степени поражения сонных артерий у больных с ГБII ст.

Методы исследования. 107 больным с ГБII ст проводили ультрозвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и допплерэхокардиографию по стандартным методикам, определение содержания глюкозы и креатинина в крови и липидограммы.

Полученные результаты. Утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) более 0,9 мм выявлено у 65% больных, атеросклеротические бляшки у 39,4 % больных. Больные с утолщением КИМ имели более длительное течение ГБ, более высокий уровень офисного систолического и пульсового артериального давления (САД и ПАД), а также среднедневного и средненочного ПАД по данным СМАД, и были старше по возрасту в сравнении с группой без утолщения КИМ. Выделение группы пациентов с утолщением КИМ и атеросклеротической бляшкой показало, что эти пациенты имеют наибольшую длительность ГБ и еще более старшие по возрасту. Уровни САД и ПАД, как офисного, так и амбулаторного были в этой подгруппе также самыми высоким, как и утренний прирост САД и ДАД. Проведенный корреляционный анализ выявил наличие положительной корреляционной связи у пациентов с утолщением КИМ между толщиной КИМ (ТКИМ) и офисным САД ($r=0,35$; $P=0,003$), ТКИМ и ПАД ($r=0,33$, $P=0,005$). У пациентов этой группы мы также выявили более высокое абсолютное содержание общего холестерина и холестерина ЛПНП, тесную положительную корреляционную связь между ТКИМ и КСР левого желудочка($r=0,56$, $p=0,01x10^{-4}$), ТКИМ и уровнем общего холестерина крови ($r=0,66$, $p=0,01x10^{-7}$) и холестерина ЛПНП ($r=0,73$, $p=0,003$), с содержанием креатинина в крови ($r=0,83$, $p=0,01x10^{-8}$), высокодостоверную, но менее тесную связь между ТКИМ и конечным диастолическим размером (КДР) левого желудочка ($r=0,25$, $p=0,01x10^{-6}$), ТКИМ и фракцией выброса левого желудочка ($r=0,31$, $p=0,01x10^{-7}$). Достоверных взаимосвязей в группе с нормальным КИМ выявлено не было. Расчёт частоты совместного распределения с оценкой $\chi 2$ Пирсона показал наличие достоверной

ассоциации между наличием атеросклеротической бляшки (АБ) и возрастом (χ^2=25,05; p<0,001), АБ и длительностью ГБ (χ^2=28,18; p<0,001), АБ и офисным САД (χ^2=16,19; p=0,001) и ПАД (χ^2=9,26; p=0,03).

Выводы. Таким образом, толщина КИМ отражает общие структурные изменения, происходящие как со стороны сосудов, так и со стороны сердца у больных ГБ II ст. Прогрессирование изменений в сонных артерий связаны, по-видимому, с возрастом пациента и длительностью периода нагрузки давлением, что определяется влиянием пульсативных параметров АД (уровнем САД и ПАД). Мы отметили тесную связь изменений толщины КИМ с нарушениями липидного обмена и содержанием креатинина в крови больных ГБ II ст.

ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ З НПЗП-ГАСТРОПАТІЄЮ

Степанов Ю.М., Бреславець Ю.С.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

Мета дослідження: визначити та порівняти вміст ендотеліальної форми синтази оксиду азоту (eNOS) в слизовій оболонці гастродуоденальної зони у хворих з НПЗП-гастропатією.

Методи дослідження: обстежено 120 хворих з НПЗП-гастропатією та 20 осіб без патології шлунково-кишкового тракту, верифіковану морфологічно – контрольна група. Усіх хворих розділено на дві групи: I група – 63 хворих з НПЗП–гастропатією, що виникла на тлі прийому неселективних нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) (диклофенак, аспірин); II група – 57 хворих з НПЗП–гастропатією, що виникла на тлі прийому селективних НПЗП (німесулід, мовалік). Стан слизової оболонки оцінювався після отримання біопсійного матеріалу. Визначення вмісту ферменту ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOS) проводили імуногістохімічним методом з використанням моноклональних антитіл. Зрізи товщиною 3-5 мкм наносили на адгезивне предметне шкло Super Frost Plus та депарафінізували відповідно до прийнятих протоколів з подальшою тепловою індукцією епітопного звороту. В якості первинних антитіл використовували спектр антитіл, який включав маркери eNOS (LabVision, США). Визначення вмісту ферменту проводили за шкалою від 0 до 3 умовних одиниць (ум. од.), відповідно до рекомендацій (G. Lazaraki, 2008). Інтенсивність визначалась критеріями від 0 до 3 балів (0 – негативна реакція, 1 – слабке дифузне забарвлення, 2 – помірне гранулярне забарвлення, 3 – інтенсивне

гранулярне), а площа – відсотком забарвлених клітин до всієї площі тканини (≤10 %, 10–89 %, >90 %). Таким чином, отримували сукупний показник 1 ум. од. (інтенсивність 1, площа 10 % – 100 % забарвлених клітин, або інтенсивність 2–3 до 10 % забарвлених клітин), 2 ум. од. (у діапазоні інтенсивності 2 і більше 10 % забарвлених клітин, до інтенсивності 3, з менш 90 % забарвлених клітин), і сукупний показник 3 ум. од. (інтенсивність 3 і більше 90 % забарвлених клітин).

Отримані результати: за даними імуногістохімічних досліджень, встановлено достовірне збільшення вмісту eNOS безпосередньо в слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). Визначено підвищення показників зазначеного ферменту у пацієнтів обох основних (I та II) груп у порівнянні з контрольною групою. Так, рівень вмісту eNOS збільшився втричі серед хворих з НПЗП-гастропатією в порівнянні з обстеженими контрольної групи та склав: (2,10±0,09) ум. од. і (2,02±0,09) ум. од. проти (0,65± 0,11) ум. од., відповідно ($p<0,001$). Цікаво, що помірна імуногістохімічна реакція з маркером eNOS, оцінена в 2 бали, в більшості випадків визначалась серед хворих, що приймали селективні форми НПЗП – 32 (56,1 %) особи, у хворих з НПЗП–гастропатією, обумовленою застосуванням неселективних НПЗП аналогічний показник зафіксовано у 29 (46 %) обстежених ($p<0,001$). Виражена реакція, що відповідає 3 балам спостерігалась у більшості хворих з НПЗП–гастропатією, обумовленою застосуванням неселективних НПЗП – 20 (31,8 %) випадків, та лише у 13 (22,8 %) осіб, які використовували селективні нестероїдні протизапальні засоби ($p<0,05 - p<0,01$). Незначну реакцію (1бал) було визначено приблизно однаково в обох основних групах (22,2 % і 21,1 % відповідно) ($p<0,001$).

Висновок. Таким чином, підвищення вмісту eNOS може свідчити про порушення кровопостачання в ураженому осередку, що в свою чергу призводить до каскаду патологічних реакцій в слизовій оболонці шлунка та ДПК з подальшим формуванням ерозій та виразок гастродуоденальної зони.

ВИВЧЕННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ (ПЕ) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЖОРСТКОСТІ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ (ЖПП) ПРИ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ (ХДЗП), АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ С (HCV)

Степанов Ю.М., Діденко В.І., Меланіч С.Л.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

Мета: вивчити наявність та ступінь ПЕ у хворих на ХДЗП, асоційовані з HCV, в залежності від ЖПП та проявів ПГ.

Матеріали і методи. Обстежено 78 пацієнтів, з них 42 жінки (53,9%) та 36 чоловіків (46,2%), хворих на ХДЗП, асоційовані з HCV, віком від 23 до 70

(48,9±11,4) років. Розподіл хворих на групи відбувався в залежності від ЖПП, що визначалась за допомогою апарату фіброскан. І групу склали 7 хворих на ХДЗП із ЖПП, що відповідала ступеню фіброзу (F) 0–1 за шкалою METAVIR без сонографічних та ендоскопічних ознак портальної гіпертензії (ПГ). В ІІ групу увійшли 24 хворих на ХДЗП із ЖПП F 1-2 та субклінічними ознаками ПГ. В ІІІ групу були включені 27 хворих на ХДЗП із ЖПП F 3 та початковими ознаками ПГ. IV групу склали 20 пацієнтів з ХДЗП та ЖПП F 4, тобто цирозом печінки, та клінічно значимою ПГ.

У всіх обстежених були відсутні ознаки явної ПЕ за критеріями West-Haven. Наявність і вираженість ПЕ оцінювалася за допомогою тесту зв'язування чисел (ТЗЧ). ПГ діагностувалась при наявності спленомегалії, розширенні портальної та селезінкової вен, асциту при сонографічному дослідженні та розширені вен стравоходу при ендоскопічному обстеженні.

Результати. Частота діагностики ПЕ зростала з підвищенням ЖПП та проявів ПГ. Так, у хворих І групи з нормальною ЖПП та відсутністю клінічних проявів ПГ та ПЕ остання за результатами ТЗЧ реєструвалась в 57,1% випадків. В ІІ групі із ЖПП F 1-2 та субклінічними ознаками ПГ ПЕ встановлена у 62,5%. В ІІІ та IV групах, в яких ЖПП відповідала F 3 та F 4 та ПГ мала клінічно значимі прояви ПЕ визначалась у переважної більшості хворих – у 85,2% та 85,0% випадків. Також зі посиленням ЖПП та ПГ відзначено зростання ступеня вираженості ПЕ з переважання ПЕ мінімального ступеня у хворих усіх груп. Так, в І групі у 42,9% хворих спостерігалась мінімальна ПЕ і лише в одному випадку – 2 ступінь тяжкості ПЕ. В ІІ групі мінімальна ПЕ встановлена у 37,5% обстежених, а ПЕ 1–3 ступеня – у 25,0% хворих, з переважанням у 12,5% 1 ступеня ПЕ. Серед хворих ІІІ та IV груп спостерігались більш важкі порушення мозкової діяльності: ПЕ 1–3 ступеню спостерігалась у третини хворих, з переважанням 2 ступеню – у 14,8% та 15,0 % хворих груп, що в 1,8 рази частіше, ніж в ІІ групі. При цьому мінімальний ступінь ПЕ у хворих цих груп також домінував та встановлений у 55,6% та 55,0% пацієнтів ($p<0,05$).

Висновки. Результати ТЗЧ у хворих на ХДЗП, асоційовані з HCV, показали необхідність діагностики ПЕ у хворих з нормальною ЖПП та відсутністю ознак ПГ при відсутності клінічних проявів ПЕ та збільшення частоти виявлення ПЕ зі зростанням ступеню ЖПП та проявів ПГ. Посилення ЖПП супроводжується підвищенням ступеня вираженості ПЕ з переважання мінімальної ПЕ у хворих усіх груп.

ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ И ТЯЖЁЛАЯ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Маринова Г.Д.[1], Гусакова О.А.[1], Тищенко И.В.[2], Пастарус Л.Н.[1], Верзунина Е.В., Макарова М.А.[1]
[1]КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС»
[2]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Цель исследования: проанализировать особенности клинических проявлений внегоспитальной пневмонии (ВП) в сочетании с сахарным диабетом (СД) в стадии выраженной декомпенсации.

Методы исследования: наблюдали 45 пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии (ОИТ) в связи с тяжёлой декомпенсацией СД, у которых также была диагностирована ВП. Средний возраст больных 51,2±4,6 года; мужчин 19, женщин 26. СД 1 типа страдали 29 человек, СД 2 типа - 16. Проведены анализ жалоб, особенностей анамнеза, оценка физикальных и лабораторных данных, уровня сатурации кислорода (SaO2) при поступлении и в ходе лечения, а также данных рентгенологического исследования органов грудной клетки (R ОГК).

Результаты: соотношение между мужчинами и женщинами оказалось равным 1:1,37, соотношение между СД 1 типа и СД 2 типа – 1,81:1. Диагноз ВП указан в направлении на госпитализацию в 12 случаях (26,7%). Все больные госпитализированы ургентно в ОИТ в состоянии тяжёлого диабетического кетоацидоза (ДК) и с нарушением сознания в виде заторможенности, сонливости у 12 человек (26,7%), сопора у 28 (62,2%), комы у 5 человек (11,1%), что затрудняло сбор анамнеза, уточнение диагноза и обусловливало тяжесть состояния пациентов. На 2–3-й день ухудшения течения СД госпитализированы 71,1% пациентов, на 5–7-й день – 28,9%. На амбулаторном этапе у всех пациентов отмечались увеличение диуреза, выраженные жажда и общая слабость, похудание, у 60% – тошнота, рвота; кашель, преимущественно сухой, имел место у 15,6% больных, одышка или ощущение нехватки воздуха – у 55,6%. У 10 (22,2%) пациентов заболевание протекало с нормальной температурой (Т) тела, у 20 (44,4%) – с субфебрильной, у 8 (17,8%) – с Т выше 38,5°С, а у 7 (15,6%) больных отмечалась гипотермия (35,8–36,1°С). У 90% больных с невысокой Т тела она повышалась на 2–3-й день лечения до 37,5°С и выше. При поступлении в ОИТ число дыханий/мин у больных отмечено от 14 до 30, дыхание Куссмауля определялось у 75,6% человек. Укорочение лёгочного звука определялось у 24,4% больных; жёсткое дыхание выслушивалось у 75,6% пациентов, везикулярное ослабленное у 15,6%, у остальных на фоне жёсткого дыхания определялись участки ос-

лабления дыхания; сухие хрипы выслушивались у 55,6% больных, влажные – у 24,4%. Колебания SaO_2 – от 85 до 96%. У 89,9% пациентов отмечалась тахикардия, у 11,1% – нормальный темп сердечной деятельности. Уровень гликемии при поступлении – от 16,2 до 30,3 ммоль/л (в среднем 22,8±3,4 ммоль/л), с нормализацией на 3–7-й день лечения. Кетонурия при поступлении – 14,7 ммоль/л и более у всех пациентов с нормализацией к 5-10-му дню лечения. В крови определялся нейтрофильный лейкоцитоз от 9,1 до $18,5\times10^9$/л с нормализацией лейкоцитарной формулы не раньше 8-го дня лечения. Диагноз ВП подтверждался или устанавливался при рентгенологическом исследовании на 2–4-е сутки лечения в ОИТ. У 60% больных была диагностирована правосторонняя пневмония в нижней доле, у 22,2% – двусторонний процесс, у 33,3% ВП осложнилась экссудативным плевритом.

Выводы: ВП может приводить к тяжёлой декомпенсации СД, чаще 1 типа, требующей госпитализации в ОИТ. Тяжёлый ДК может маскировать классические клинические признаки ВП и затруднять раннее проведение R ОГК. ВП у больных с тяжёлым ДК нередко протекает с невысокой температурой, с нарушением сознания, чаще имеет правостороннюю локализацию и нередко осложняется экссудативным плевритом.

ВПЛИВ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПІДВИЩЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Грунченко М.М., Несен А.О., Чернишов В.А., Тверетінов О.Б., Валентинова І.А.
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН Україии»

Проведено аналіз взаємозв'язку факторів ризику (ФР) з наявністю постінфарктного кардіосклерозу (ПІКС) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), а також аналіз впливу цих факторів на давність виникнення кардіоваскулярної події (КВП).

Матеріали і методи. Обстежено 66 хворих (основна група, середній вік ((58,8+2,4) років)) на ІХС з ПІКС та 33 – контрольної групи. Діагноз ІХС, ПІКС встановлювався за рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2003) та Української асоціації кардіологів (2008).

Результати. Середній вік хворих з першим в житті інфарктом міокарда (ІМ) ((57,3+3,1) років) як і в осіб з повторним ІМ в анамнезі ((60,8+2,7) років) вірогідно відрізнявся від середнього віку пацієнтів без КВП ((49,3+2,3) років)

(p<0,05 і p<0,01, відповідно). Незалежно від наявності ПІКС в анамнезі середні значення індексу маси тіла (ІМТ) більшості пацієнтів відповідали ожирінню I ступеня, але ж у хворих з першою КВП в анамнезі спостерігалася тенденція до підвищення показника відповідно на 2,4 % і 6,1 % порівняно з особами без КВП в анамнезі (p>0,05). У обстежених за середніми значеннями окружності талії (ОТ) спостерігалося абдомінальне ожиріння (АО) і тенденція до підвищення ОТ у осіб з першим і повторним ІМ відповідно на 1,9 % і 4,8 % (p>0,05) порівняно з пацієнтами без КВП. Причому давність ПІКС в більшій мірі залежала від ОТ (rs=-0,398; p<0,003), ніж від ІМТ (rs=-0,341; p=0,004). Дані регресійного аналізу: серед таких чинників як вік, стать, куріння, ІМТ, ОТ з давністю КВП у хворих на ІХС в найбільшій мірі асоціювалися куріння (R^2=0,544; p<0,002) і ОТ (R^2=0,539; p<0,001). АО може сприяти розвитку цукрового діабету (ЦД) 2 типу який частіше зустрічався у осіб з КВП в анамнезі. Про це також свідчить більш виражена глікемія натще у пацієнтів з перенесеним ІМ у порівнянні з хворими без КВП в анамнезі. Причому порівняно з останніми глікемія натще була більш вираженою у осіб з перенесеним повторним ІМ на 16,6 % (p<0,001) і менш вираженою на 10,9 % (p<0,01) у пацієнтів з перенесеним першим ІМ. Однак лише у хворих з повторним ІМ в анамнезі середній рівень глікозильованого гемоглобіну (HbAlc) вірогідно (p<0,01) перевищував аналогічний показник пацієнтів без КВП в анамнезі. За середнім рівнем глікемії натще і значеннями HbAlc особи з ПІКС вірогідно не відрізнялись. В цілому по групі хворих з ЦД 2 типу виявлено зворотну залежність давності ПІКС від рівня – HbAlc (rs=-0,316; p<0,05). За даними множинного регресійного аналізу на давність ПІКС у хворих на ІХС і НАЖХП впливали рівень глікемії натще (R^2=0,597; p=0,003) і рівень HbAlc (R^2=0,577; p<0,004), в той час як за даними лінійного регресійного аналізу з давністю виникнення повторної КВП найбільшу асоціацію продемонстрував рівень HbAlc (R^2=0,611; p<0,0001). ЦД 2 типу асоціюється з наявністю КВП в анамнезі у хворих на ІХС. При цьому рівень HbAlc є більш вагомим метаболічним показником, що підвищує КВР у постінфарктних хворих. Імовірно, цей показник дає змогу визначити додатковий макросудинний ризик, аналогічно таким показникам як наприклад, куріння, дисліпопротеїдемія і АГ. За даними регресійного аналізу, рівні систолічного артеріального тиску (АТ) і діастолічного АТ незалежно від інших чинників впливали на давність ПІКС у хворих на ІХС (R^2=0,566; p<0,003 і R^2=0,579; p<0,004 відповідно.

Висновок. Таким чином, хворі з комбінацією ІХС, АГ, АО із супутніми метаболічними розладами потребують особливої уваги в сенсі ретельного підбору адекватних лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризику виникнення КВП.

ВПЛИВ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ НА СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Разумний Р.В.[1], Неклеса Л.М.[2], Карасьова О.В.[2]
[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології
[2] КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

На сьогоднішній день зниження функції Т- і В-лімфоцитів, зменшення синтезу імуноглобулінів, пригнічення системи комплементу та фагоцитозу, розглядаються як чинники, що сприяють подовженому періоду розрішення пневмонії, виникненню рецидивів захворювання, підвищенню резистентності до загальноприйнятої терапії, розвитку хронічних форм бронхолегеневої патології. У сучасних умовах негоспітальна пневмонія (НП) досить часто перебігає на фоні хронічної патології печінки, зокрема стеатозу печінки (СП). Проте, незважаючи на численні дослідження, спрямовані на вивчення імунологічних порушень при пневмонії, дані щодо вивчення особливостей імунопатогенезу коморбітної патології у доступній літературі досить суперечливі. Отже, метою дослідження було проаналізувати вплив супутньої хронічної патології печінки, зокрема СП, на стан клітинної ланки імунітету у хворих на НП.

Під спостереженням знаходилося 65 хворих (чоловіків – 40, жінок – 25) на НП у віці 25-57 років. Всі пацієнти були розподілені на 2 репрезентативні групи: І група (32 особи) з НП і ІІ група (33 осіб), у яких захворювання було сполучено зі СП. Для визначення стану клітинної ланки імунітету, аналізували вміст у периферійній крові популяцій Т- (CD3+) та В-лімфоцитів (CD22+), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+), який вивчали у цитотоксичному тесті із застосуванням моноклональних антитіл. Функціональну активність Т-лімфоцитів вивчали за допомогою реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) з фітогемаглютиніном (ФГА).

При проведенні імунологічного дослідження сироватки крові у гострому періоді НП у хворих зі сполученим СП виявлялися чітко виражені порушення з боку показників клітинної ланки імунітету, які полягали у наявності Т-лімфопенії, дисбалансі субпопуляційного складу Т-лімфоцитів переважно зі зниженням кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів, зменшенні імунорегуляторного коефіцієнту CD4/CD8, а також суттєвому пригніченні функціональної активності Т-клітин за даними РБТЛ з ФГА. Наведені імунологічні зсуви можна охарактеризувати як вторинний імунодефіцитний стан за відносним супресорним варіантом. Ступінь Т-лімфопенії та інших порушень з боку клітинної ланки імунітету в значній мірі відповідала тяжкості

перебігу запального процесу в бронхолегеневій системі. Із збільшенням вираженості запального процесу в бронхолегеневій системі імунні порушення у хворих на НП, сполучену з СП, вірогідно посилювалися. При проведенні загальноприйнятої терапії, яка включала призначення антибактеріальних, дезінтоксикаційних, мукорегуляторних препаратів, а також стандартних гепатопротекторів (Ессенціале або карсілу) у хворих на НП, сполучену зі СП, в повній мірі не відбувалося відновлення показників клітинної ланки імунітету і при виписці зі стаціонару зберігався вторинний імунодефіцитний стан за відносним супресорним варіантом.

ВПЛИВ ЧАСТОТИ ЗАГОСТРЕНЬ ХОЗЛ НА ФОРМУВАННЯ СУПУТНЬОЇ ДЕПРЕСІЇ ТА СТУПІНЬ ЇЇ ТЯЖКОСТІ

Перцева Т.О., Коноплiна Л.І., Губа Ю.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – хвороба, яка часто супроводжується коморбідними станами, одним з яких є депресія. У літературі представлені дані про вплив різних проявів ХОЗЛ на формування депресії та ступінь її тяжкості. Зокрема, частота загострень ХОЗЛ може бути фактором, що сприяє виникненню депресії або посилює її виразність.

Мета: визначити можливий вплив частоти загострень ХОЗЛ на формування депресії та ступінь її тяжкості.

Матеріали та методи. Було обстежено 59 хворих з верифікованим діагнозом ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу (середній вік – 64,1 ± 1,2 років, чоловіків – 48 (81,4 ± 5,1 %)). Усі обстежені отримували адекватну терапію згідно з національними стандартами. У залежності від наявності або відсутності у них депресії згідно з анкетою депресії Бека (Beck Depression Inventory Short Form (BDI-SF)) усі хворі були розподілені на дві групи: група 1 – 17 хворих, які BDI-SF мали депресивні розлади (середній вік – 66,2 ± 2,9 років, чоловіків 13 (76,5 ± 10,3 %)); група 2 – 42 хворих без депресивних розладів (середній вік – 64,1 ± 1,5 років, чоловіків 36 (85,7 ± 5,4 %)). Обстеження хворих включало загальноклінічні, функціональний (спірометрія), анкетний (анкета BDI-SF для оцінки психічного стану) методи. Аналіз показників проводився за медіаною.

Результати. Частота загострень в групі 1 склала 2 [1-2], в групі 2 – 2 [1-3] ($p = 0,87$). В групі 1 депресія легкого ступеня була виявлена у 5 хворих (29,4 ± 11,1 %), депресія середньої тяжкості – у 8 хворих (47,1 ± 12,1 %), тяжка

депресія – у двох хворих (11,8 ± 7,8 %). За даними кореляційного аналізу в групі 1 було виявлено зв'язок між частотою загострень ХОЗЛ та ступенем тяжкості депресії (p = 0,007).

Висновок: частота загострень може впливати на ступінь тяжкості супутньої депресії у хворих на ХОЗЛ.

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА, ПОЄДНАНА З ДИСФУНКЦІЄЮ СФІНКТЕРА ОДДІ І ЖОВЧНОГО МІХУРА: ПСИХОСОМАТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Демешкіна Р.Д., Зигало Е.В, Петішко О.П.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

Мета дослідження: вивчити частоту і вираженість депресивних і тривожних розладів у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), поєднану з дисфункцією сфінктера Одді і жовчного міхура.

Матеріал і методи. Під наглядом знаходилося 36 пацієнтів з ГЕРХ, поєднаною з дисфункцією сфінктера Одді і жовчного міхура. Серед обстежених було 20 чоловіків і 16 жінок,середній вік пацієнтів склав (45,3±1,6) роки. Для виявлення рівня депресії і тривоги у хворих була використана HADS («The hospital Anxiety and Depression Scale»), розроблена в 1983 році A.S.Zigmond і R.P.Snaith і яка добре зарекомендувала себе у всьому світі. Результати дослідження трактувалися таким чином: якщо пацієнт за даними анкетування набирав 0-7 балів за шкалами депресії або тривоги, то це трактувалося як норма, 8-10 балів – як субклінічно виражена депресія або тривога в залежності за якою шкалою було більше, ніж 7 балів, 11 балів і вище – клінічно виражена депресія або тривога. Для вивчення якості життя використали неспецифічний опитувальник SF-36, який був розроблений J.E.Ware із співавт. у 1988г. і відбиває загальне благополуччя і міру задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливають стан здоров'я. Показники шкал SF-36 (фізичне функціонування, ролева діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан, психічне здоров'я) оцінюються у балах від 0 до 100, причому вище значення показника, тим краще оцінка за обраною шкалою.

Результати. Встановлено, що субклінічно і клінічно виражена тривога і/або депресія спостерігалися у 26 (72,2%) обстежених хворих, причому у 25 (69,4%) з них діагностовано тривожні і в 14 (38,9%) депресивні особливості. Поєднання клінічно вираженої депресії і тривоги виявлене у 5 (13,9%) пацієнтів,

субклінічної і клінічно вираженої форм тривоги і депресії у 18 (50,0%) хворих. Встановлений достовірний негативний кореляційний зв'язок між депресією і більшістю показників якості життя у хворих, а саме фізичним функціонуванням PF (r=–0,35, p=0,037), ролевою діяльністю RP (r=–0,36, p=0,033), соціальним функціонуванням SF (r=–0,48, p=0,003), емоційним станом RE (r=–0,35, p=0,042), ментальним (психічним) здоров'ям MH (r=–0,44, p=0,008). Таким чином, при підвищенні рівня депресії значно знижувалася якість життя у хворих ГЕРХ, поєднаною з дисфункцією сфінктера Одді і жовчного міхура. Тривога, хоча і спостерігалася значно частіше у обстежених пацієнтів, проте не впливала так негативно на якість життя хворих, як депресія. Так, був виявлений тільки один негативний кореляційний зв'язок між рівнем тривоги і ментальним здоров'ям MH (r=–0,44, p=0,007).

Висновки. Субклінічно і клінічно виражена тривога і/або депресія виявлені у більшості хворих з ГЕРХ, поєднаною з дисфункцією сфінктера Оді і жовчного міхура, причому у 63,9% відмічено поєднання депресивних і тривожних змін. Наявність субклінічно і клінічно вираженої депресії та тривоги негативно позначається на більшості показників якості життя досліджених пацієнтів.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: НЕОБХОДИМОСТЬ ХРОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Петренко Е.В., Яблучанский Н.И.
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Кафедра внутренней медицины

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из наиболее распространенных патологий, как в Украине, так и во всём мире, а так же главным фактором риска поражения органов-мишеней, сердечнососудистой заболеваемости и смертности. Данные, полученные в ходе многочисленных хронобиологических исследований, свидетельствуют о том, что циркадные ритмы играют фундаментальную роль в регуляции артериального давления (АД). Суточные колебания АД имеют двухфазный ритм и определяются рядом внутренних и внешних факторов. У многих пациентов с ГБ отмечается нарушение циркадного ритма АД, и гипертоническая болезнь может быть определена как расстройство циркадной регуляции артериального давления, которое требует хронотерапевтического подхода с назначением гипотензивных препаратов с учётом индивидуальных хронобиологических закономерностей.

Одним из неблагоприятных вариантов течения гипертонической болезни является нарушение суточного ритма артериального давления (АД) с недостаточной степенью его ночного снижения – суточный профиль АД по типу non-dipper. Частота встречаемости данного нарушения колеблется в пределах 40-70%. Доказана взаимосвязь между недостаточной степенью снижения АД в ночные часы и увеличением числа случаев фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий. Антигипертензивная терапия с учётом суточного профиля АД особенно важна у данной категории пациентов.

У пациентов с профилем АД по типу non-dipper физиологической степени снижения АД в ночное время можно достичь путём назначения гипотензивных препаратов в вечернее время, перед сном, что иллюстрирует наш клинический случай.

Пациент М., страдает гипертонической болезнью около 10 лет. Гипотензивные препараты эпизодически принимает в течение последнего года. Ранее не лечился. На фоне отсутствия гипертензивного лечения пациенту проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Среднесуточное АД по данным СМАД составило 160/98 мм рт.ст. – 160/100 мм рт.ст. в дневные часы и 160/96 мм рт.ст. в ночное время. Зафиксировано нарушение суточного ритма систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления по типу «недостаточная степень ночного снижения АД» – non-dipper. Также отмечалась повышенная вариабельность САД И ДАД как в дневные, так и в ночные часы, увеличение среднесуточных показателей пульсового давления. Диагноз: Гипертоническая болезнь II степени, 2 стадии, нарушение суточного ритма АД по типу „недостаточная степень ночного снижения АД", риск средний, СН 0 ст.

Пациенту назначено лечение и рекомендовано время приёма антигипертензивных препаратов с учётом суточного индивидуального профиля АД: лизиноприл вечером перед сном. В результате проводимого лечения через 3 месяца достигнуты целевые уровни и нормализация суточного ритма, вариабельности АД и снижение среднесуточного пульсового давления до нормальных значений.

ДЕЯКІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ МІКРОРЕОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХОЗЛ, АСОЦІЙОВАНИМ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Шупер С.В.
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Доведено, що при поєднаному перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) з ішемічною хворобою серця (ІХС) у пацієнтів більш часто і менш маніфестно перебігають ускладнення у вигляді інфаркту міокарду. Ризик смерті від серцево-судинних захворювань у хворих на ХОЗЛ підвищений у 2-3 рази і складає приблизно 50 % від загальної кількості смертельних випадків. Одним із факторів їх формування є мікрогемореологічні порушення. Порушення мікроциркуляції у хворих на ХОЗЛ пов'язані з погіршенням деформованості еритроцитів та формуванням «монетних стовпчиків» – їх сладжем у мікросудинах внаслідок негативних метаболічних процесів у мембранах еритроцитів. Мікроциркуляторні порушення при ХОЗЛ посилюються також за рахунок підвищення агрегаційної здатності тромбоцитів як наслідок утворення значної кількості метаболітів арахідонової кислоти (компоненту клітинних мембран) – тромбоксанів, що сприяють вазоконстрікції та підвищенню здатності тромбоцитів до агрегації. Фатальні форми ІХС також пов'язані із підвищенням агрегації тромбоцитів. Ось чому вивчення окремих патогенетичних механізмів поєднаного перебігу ХОЗЛ та ІХС є актуальним для розробки ефективних методів лікувального впливу.

Метою дослідження було визначити вміст тромбоксанів та агрегаційної здатності тромбоцитів у пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, поєднаного з ІХС.

Матеріал та методи дослідження. Досліджено 32 хворих із загостренням ХОЗЛ (кл. гр. B, GOLD II), поєднаним з ІХС – основна група, 25 пацієнтів із загостренням ХОЗЛ (I група порівняння) та 27 – із ІХС, стабільною стенокардією напруги (II група порівняння). Діагнози ХОЗЛ та ІХС встановлювалися згідно існуючим національним Протоколам. Всім пацієнтам, окрім загально клінічних методів, застосовували визначення вмісту тромбоксану B2 (стабільного метаболіту тромбоксану A2) в сироватці крові та сечі і спонтанної та АДФ-індукованої агрегації тромбоцитів.

Результати та їх обговорення. У осіб із поєднанням загострення ХОЗЛ, поєднаного з ІХС, концентрація ТхВ2 в сироватці крові перевищувала норму у 22,2 рази ($P<0,001$), таку у осіб із загостренням ХОЗЛ без ІХС у 2,2 рази ($P<0,01$) та більшою за відповідну у осіб із ІХС у 1,4 рази ($P<0,05$). В сечі всіх досліджених вміст ТхВ2 спостерігався підвищеним. У пацієнтів із асоціацією

загострення ХОЗЛ із ІХС відзначалося підвищення всіх показників спонтанної та АДФ-індукованої агрегації тромбоцитів, виражене значніше, ніж у пацієнтів із ІХС. У хворих на загострення ХОЗЛ показники спонтанної та АФД-індукованої агрегації тромбоцитів були різноспрямованими. Між показником CPt у пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ та ІХС і рівнем FEV1 була виявлена негативна кореляція середньої сили ($r = -0,578$, $p < 0,05$), яка була відсутньою у пацієнтів I та II груп порівняння, а також – негативний слабкий кореляційний зв'язок між показником CPt та значеннями форсованої життєвої ємності легень пацієнтів ($r = -0,357$, $p < 0,05$).

Висновки. Зростання вмісту тромбоксану В2 на тлі підвищення агрегаційної здатності тромбоцитів у хворих на загострення ХОЗЛ, асоційованого з ІХС, створює умови для виникнення синдрому гіперкоагуляції як фактору мікрогемореологічних порушень та ускладнень з боку обох поєднаних захворювань у пацієнтів.

ДИНАМІКА ГАЛЕКТИНУ-3 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ

Кушнір Ю.С., Курята О.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології

Діуретики відносять до основної групи препаратів, що призначаються хворим з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) та ознаками затримки рідини. Проте результати щодо впливу діуретиків на прогноз та смертність хворих з ХСН не є однозначними. На сьогодні, одним з перспективних біомаркерів фіброзу розглядають галектин-3.

Метою нашого дослідження було оцінити вплив петльових діуретиків на рівень галектину-3 у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з хронічною серцевою недостатністю та збереженою фракцією викиду.

Матеріли та методи. Обстежено 31 хворого (чоловіків - 23, жінок – 8) у віці від 51 до 75 років (середній вік M±m – 66,9±1,4) з ХСН II-III функціонального класу (NYHA), обумовленою ІХС, зі збереженою фракцією викиду (більше 45%, середня (M±m) – (58,9±0,4) %). Хворі на ХСН, що потребували призначення діуретиків, випадковим чином було розподілено на дві групи. Першу групу склали 15 хворих, які в якості діуретика отримували торасемід, другу – 11 пацієнтів, яким було призначено фуросемід. Середні дози для обох препаратів

були співставні і склали: (15,0±1,8) мг для торасеміду та (53,8±5,4) мг для фуросеміду. Діуретики призначались під контролем маси тіла, а також враховуючи клінічну симптоматику хворих. Окрім діуретиків усі хворі отримували стандартну терапію ХСН. Обидві клінічні групи були статистично співставними за основними клініко-анамнестичними характеристиками. Оцінка клінічної ефективності лікування та динаміки рівня маркеру фіброзу галектину-3 проводилась через 2-3 місяці терапії. Кількісний вміст рівня галектину-3 визначали в сироватці венозної крові методом імуноферментного аналізу за допомогою набору реактива Human Galectin-3 Platinum Elisa фірми «BMS». Для статистичного аналізу даних використовували ліцензійну програму STATISTICA 6.1.

Результати. На тлі проведеної терапії встановлено позитивну динаміку функціонального класу. Так, в I групі ФК в середньому зменшився з 2,80±0,11 (Me=3) до 2,20±0,17 (Me=2) (p=0,008), в II групі – з 2,73±0,14 (Me=3) до 2,27±0,19 (Me=2) (p=0,043). При розділенні хворих на ХСН в залежності від призначеного діуретика суттєвих відмінностей рівня галектину-3 на початку терапії не було (p>0,20). Аналіз динаміки рівня галектину-3 на тлі лікування виявив відмінності впливу петльових діуретиків. В групі фуросеміду встановлено тенденцію до підвищення середнього показника на 4,2% (p=0,090), в групі торасеміду після лікування зареєстровано статистично вагоме (p=0,001) зниження рівня галектину-3 на 5,6% (p<0,05 при порівнянні між групами).

Висновок. На тлі клінічної співставності петльових діуретиків у пацієнтів з ХСН включення в терапію торасеміда має позитивний вплив на динаміку рівня галектину-3.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АСМАНЕКСА В ЕФЕКТИВНІЙ ФОРМІ ДОСТАВКИ ПРИ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Лекан О.Я.[1], Леоненко-Бродецька О.М.[2]
[1]Одеський національний медичний університет
Кафедра фтизіопульмонології
[2]КУ «Обласна клінічна лікарня», м. Одеса

Мета дослідження: вивчити ефективність Асманекса (мометазона фуроат) у формі дозованого сухопорошкового інгалятора Твистхейлер у монотерапії пацієнтів персистуючою бронхіальною астмою (БА).

Методи дослідження: 40 хворих персистуючою БА легкого (ОФВ1 (72,2 ± 2,3) % від належної величини) та середнього ступеню важкості (ОФВ1 (64,5 ± 1,9) % від належної величини) : 30 жінок і 10 чоловіків у віці від 29 до 72

років, з тривалістю БА (7,4±0,8) років. Асманекс призначали в добовій дозі 200 мкг хворим з легким перебігом та 400 мкг – хворим із середнім ступенем важкості БА один раз на добу (увечері) згідно фармакодинамічної методики глюкокортикоїдної терапії у зв'язку із переважним виникненням бронхоспастичного синдрому у нічні години. Термін лікування 3 місяці. Функція зовнішнього дихання (ФЗД) проводилась на початку лікування, через 1, 2 і в кінці третього місяця дослідження. Вивчались показники ОФВ1, МОШ75, МОШ50, МОШ25, ПШВ.

Отримані результати: застосування препарату після 3 місяців лікування привело до достовірного зменшення клінічних проявів захворювання, так у 75 % хворих астмою були відсутні приступи ядухи, у 25 % кількість приступів зменшилась від 3-5 до 1-2 рази на добу, покращився контроль таких симптомів, як свистяче дихання, кашель, затруднене дихання. Значно зменшилась ступінь тяжкості задишки. Призначення Асманекса привело до зменшення використання симпатоміметиків з 81 % до 18,5 %. Клінічне покращення супроводжувалось підвищенням показників функції зовнішнього дихання:відмічалось підвищення ОФВ1, а також бронхіальної прохідності на рівні мілких та середніх бронхів. Так, у хворих з легким перебігом БА - МОШ75 збільшилася з 72,2 % до 82 %, МОШ50 - з 74 % до 88 % відповідно; у хворих БА середнього ступеню важкості МОШ75 збільшилася з 62 % до 76 %; МОШ50 – з 65 % до 74 %.

Висновки: при диференційованому призначенні Асманексу Твистхейлер в дозі 200 мкг при персистуючій БА легкого ступеню та в дозі 400 мкг при середньому ступеню важкості 1 раз на добу в монотерапії забезпечується адекватний контроль симптомів БА, покращуються функціональні показники, що пояснюється високою ефективністю ІКС та ефективною формою доставки.

ДІАГНОСТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАЦІВНИКІВ, ЩО ПІДПАДАЮТЬ ПІД ДІЮ ЗАГАЛЬНОЇ ВІБРАЦІЇ ТА У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ ВІД ЗАГАЛЬНИХ ВІБРАЦІЙ (ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ)

Гринюк С.В., Базовкін П.С., Матвійчук Т.Д.
МОЗ Український НДІ промислової медицини, м. Кривий Ріг

Алгоритм діагностики цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) у працівників, що підпадають під дію загальної вібрації та у хворих на вібраційну хворобу (ВХ) від загальних вібрацій повинен ґрунтуватися на визначенні схильності до розвитку судинної патології головного мозку, виявленні

клінічних, лабораторних, функціональних та інструментальних ознак, властивих вказаним захворюванням.

Головний біль є однією з найбільш частих скарг хворих з ЦВЗ у працівників, що піддаються під дію загальної вібрації та у хворих на вібраційну хворобу від загальних вібрацій [1,2]. В дослідженні вивчалися різноманітні характеристики головного болю, що враховували його вид: пульсуючий, стискаючий, розпираючий або давлючий; виникнинення головного болю переважно в який період доби а також частота головного болю, де під ствердженням часто малося наувазі (щоденно, декілька раз на тиждень), середньої частоти (декілька раз на місяць), рідко (з більш рідкою частотою). Аналіз проводився на підставі даних медичної документації 496 чоловіків, працівників вібронебезпечних професій та хворих на вібраційну хворобу від дії загальної вібрації. За професією група хворих була достатньо однорідною, це були водії великовантажних автомобілів, машиністи екскаваторів та помічники машиністів екскаваторів.

Особливістю головного болю у хворих, коли ЦВЗ виникає після діагностики вібраційної хвороби виявили його давлючий характер (66%±27), в меншій мірі пульсуючий та стискаючий (по 18%±11,5). У преморбітному періоді ВХ вид головного болю мав різноманітний характер, однаковий у процентному відношенні (33%). Розпираючий головний біль у цих хворих зовсім не зустрічався, а у хворих ВХ зустрічався дуже рідко, що можливо вказує на відсутність синдрому лікворної гіпертензії в структурі ВХ. Виникнення головного болю в другій половині дня було достовірно притаманно хворим де ЦВЗ виникло протягом перших років припинення роботи в умовах дії вібрації (45,5%±15). Більше в першій половині він турбував у випадку виникнення ЦВЗ до розвитку ВХ (66%±27) і після 5 років припинення роботи (33%±27). Результати можна інтерпретувати таким чином, що при виникненні ЦВЗ зі збільшенням тривалості постконтактного періоду на перше місце виступають клінічні ознаки, характерні саме для ЦВЗ, а вага проявів ВХ зменшується. Це підтверджується характеристиками і у хворих з ЦВЗ без ВХ. Що до частоти головного болю, то він має середню частоту (від 33% до 100% опитуваних). Його частота збільшується в залежності від тривалості перебігу ЦВЗ. Скоріш за все розвитку ЦВЗ у будь якої людини, а особливо повільно прогресуючих його форм, притаманна середня частота головного болю, а збільшення її обумовлене як її прогресуванням так і наслідками патологічної дії вібрації. Таким чином, оцінка характеристик головного болю у працівників вібронебезпечних професій є критерієм оцінки патологічної дії вібрацій і підґрунтям для розробки у них заходів ранньої профілактики ЦВЗ.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ БІОМАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ЩОДО АДЕКВАТНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Конопкіна Л.І., Басіна Б.О.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології

Найбільш об'єктивним методом оцінки бронхообструкції в динаміці у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) вважається повторна оцінка функції зовнішнього дихання за допомогою спірометрії, з вимірюванням постбронходилятаційного рівня об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1). Проте, значення показника ОФВ1 нівелюється при прогностичній оцінці подальшого перебігу ХОЗЛ у хворих з тяжкими формами (при ОФВ1 < 50% належного). У цих випадках на допомогу лікарю, може прийти динамічне визначення рівнів біомаркерів системного запалення.

Саме тому метою нашого дослідження було дослідити динаміку рівнів маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу, за умов прийому адекватної медикаментозної терапії.

Матеріали і методи. Основну групу склали 27 хворих (вік – 66,5±0,79 років) на ХОЗЛ тяжкого перебігу, які були залучені до довготривалого (протягом одного року) спостереження з динамічними обстеженнями та дослідженнями на етапі включення (візит 1), через 3 місяці адекватного (згідно із стадією захворювання) медикаментозного лікування (візит 2), а також через 6 (візит 3) та 12 (візит 4) місяців лікування. Контрольну групу склали 26 практично здорових осіб (вік – 59,0±1,71 років).

До дослідження хворі були залучені у стабільну фазу захворювання. Середній рівень ОФВ1 склав 35,3±1,43 % від належн.

Результати. Рівні показників всіх маркерів, що досліджувались, на візиті 1 достовірно перевищували показники контрольної групи (табл.1). За кореляційним аналізом зв'язку між рівнями маркерів у плазмі крові хворих на ХОЗЛ та рівнем ОФВ1 визначено не було. На повторних візитах на фоні постійного прийому інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) та бронходилятаторів тривалої дії рівні запальних маркерів знижувались від візиту до візиту у середньому по групі. Втім, при індивідуальному аналізі виявилось, що у тих хворих на тяжке ХОЗЛ, у яких спостерігалось динамічне зростання СРП, ММП-2 та гіалуронової кислоти.

Показник	Основна група		Контрольна група	p
	візит 1	візит 4		
СРП, мг/л	10,2±1,54	6,8±0,48	6,25±0,14	$p_{в1-к}$=0,016 $p_{в4-к}$=0,272
ММП-2, ум.од.	134,8±8,84	92,5±4,10	103,7±4,75	$p_{в1-к}$=0,000 $p_{в4-к}$=0,070
ММП-9, ум.од	167,1±18,10	108,5±4,33	103,1±5,50	$p_{в1-к}$=0,002 $p_{в4-к}$=0,440
Гіалуронова кислота, мг/мл	0,27±0,01	0,15±0,02	0,13±0,01	$p_{в1-к}$=0,000 $p_{в4-к}$=0,415

Примітка:

1. в 1 – візит 1;
2. в 4 – візит 4.

Висновки: 1) хворі на ХОЗЛ тяжкого перебігу, які лікуються неадекватно, мають високий рівень системного запалення; 2) на фоні адекватного прийому лікарських засобів рівні маркерів системного запалення поступово знижуються і достигають рівнів показників у здорових осіб через 6; 12 місяців.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ В СПОЛУЧЕННІ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Філіппова О.Ю.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології

Мета дослідження: вивчити спектр ліпідних порушень у хворих з неалкогольним стеатозом печінки на тлі хронічного некалькульозного холециститу.

Методи дослідження. Під спостереженням знаходився 31 пацієнт з неалкогольним стеатозом печінки (НАСП) та хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) в віці від 32 до 67 років, у середньому (48,7±1,4) років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Для верифікації діагнозу НАСП та ХНК використовували клініко-анамнестичні дані, біохімічне дослідження крові (ліпідний, печінковий комплекс), ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Якісний склад і кількісний вміст ліпідів вивчали методом тонкошарової хроматографії (ТШХ), який дозволяє розділити їх на окремі компоненти. Розділення ліпідних компонентів проводили після екстракції ліпідів по Фолчу і ТШХ на пластинах Silufol, що дозволило виявити слідуючи ліпідні компоненти: фосфоліпіди (ФЛ), вільний холестерол (ВХС), неетерифіковані жирні кислоти (НЕЖК), тригліцериди (ТГ), ефіри холестеролу (ЕХС).

Результати дослідження.

Таблиця 1. Спектр ліпідів сироватки крові хворих на НАСП

Група	Стат. показник	Вміст спектру ліпідів (%)				
		ФЛ	ВХС	НЕЖК	ТГ	ЕХС
Контроль (n= 20)	M±m	25,00±1,89	14,15±1,48	8,40±0,83	16,10±1,28	32,81±2,93
НАСП (n=31)	M±m	16,23±0,86*	21,89±1,08*	6,64±0,85	19,82±1,26*	37,04±1,23

Примітка. * – вірогідність між показниками хворих та контролем, p<0,05.

Відповідно до даних таблиці 1 характер порушень ліпідних компонентів у хворих характеризувався вірогідно зниженим рівнем ФЛ при підвищенні рівня ВХС та ТГ. При цьому, у порівнянні з контролем, рівень ФЛ у хворих знижувався в 1,5 рази (p<0,05), рівень ВХС та ТГ був значно підвищений – ВХС в 1,5 рази (p<0,05). ТГ підвищені в 1,2 рази (p<0,05).

Оцінка результатів вмісту ліпідів за основними їх компонентами у крові окремих хворих показала, що у 89,61 % пацієнтів основної групи вміст ліпідів в 1,6 рази був зниженим (p<0,05). З боку НЕЖК відмічалось, як зниження, так і підвищення їх рівня. Однак, якщо зниження вмісту НЕЖК (в 2,2 рази) відмічене у 65,52 % основної групи, то підвищення цього показника спостерігалося тільки у 20,69 % хворих з НАСП, відповідно в 1,6 рази (p<0,05). З боку ТГ у хворих основної групи виявлена протилежна направленість: зниження рівня цього показника (в 1,5 рази) відмічено у 27,59 %, підвищення (в 1,5 рази) у 51,72 % хворих.

Висновки. Таким чином, достовірне зниження змісту ФЛ на тлі збільшення ВХС і ТГ вказує на провідну роль ліпідних порушень в патогенезі НАСП у поєднанні з ХНХ і може служити обґрунтуванням для розробки методів патогенетичної терапії при цій патології.

ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ШКАЛ (SMRT-CO та SOFA) У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Перцева Т.О., Кіреєва Т.В., Белослудцева К.О.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології

Спробою уніфікувати отримані клінічні дані і передбачати подальший перебіг негоспітальної пневмонії (НП) є розробка різних прогностичних шкал. На сьогоднішній день найкращою шкалою для оцінки тяжкості хворого на НП вважається шкала SMART-COP та її модифікація SMRT-CO. Вона вказує на оптимальні умови для лікування хворого під час первинної оцінки стану, втім її

значущість для подальшого прогнозування перебігу захворювання залишається невизначеною до кінця.

Саме тому метою дослідження було встановити діагностичну та прогностичну значущість шкали SMRT-CO (P. G. P.Charles і співавт, 2008), а також обґрунтувати застосування шкали The Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) Score у хворих на НП тяжкого перебігу.

Матеріали і методи. Обстежено 51 хворий на верифіковану тяжку НП (вік – 57,50±4,31 років, чоловіків – 37 (72,5%)). Проведено загальне обстеження, пульсоксиметрію, біохімічне дослідження крові, визначення сироваткового рівня прокальцитоніну (ПКТ), бальний підрахунок за шкалами при надходженні (візит 1), а також на 8–10 день після призначення адекватної комбінованої парентеральної антибактеріальної терапії (візит 2), статистичну обробку даних (у тому числі визначення факторного навантаження).

Результати. На візиті 1 стан всіх хворих відповідав тяжкому. При цьому у всіх хворих кількість балів за шкалою SMRT-CO перевищувала 4 бали, що вказувало на необхідність госпіталізації хворих у відділення інтенсивної терапії та призначення додаткової оксигенації (табл. 1). Кількість балів за шкалою SOFA вказувала на наявність поліорганної недостатності у всіх хворих на тяжку НП і корелювала з рівнем ПКТ (r=0,15, p=0,27), який перевищив нормальне значення у 850 разів і склав 18,7±3,6 нг/мл.

На візиті 2 стан більшості хворих (45 (88,2%)) значно покращився, що проявлялось у регресуванні клінічних симптомів, нормалізації рівня ПКТ та супроводжувалось зменшенням кількості балів за шкалами (табл. 1). Не дивлячись на лікування 6 (11,8%) хворих на тяжку НП мали летальний наслідок. Виявилось, що кількість балів за шкалою SOFA на візиті 1 (на відміну від шкали SMRT-CO) достовірно різнилась між хворими, котрі вижили та хворими, котрі померли від тяжкої НП, що вказує на її прогностичну значущість. Крім того при оцінці загального впливу різних параметрів на результат тяжкої НП факторне навантаження кількості балів за шкалою SMRT-CO виявилось найменшим і склало 0,57 (значущим є показник ≥0,7).

Таблиця 1. Динаміка бальних підрахунків за шкалами у хворих на тяжку НП

Показник	Хворі на тяжку НП	
	візит 1	візит 2
Кількість балів за шкалою SMRT-CO	6,2±0,3	2,3±0,2*
Кількість балів за шкалою SOFA	7,4±0,6	3,6±0,9*

Примітка: * – p <0,05 на критерієм Вілкоксона

Висновки: 1) оцінка стану за шкалою SMRT-CO має високе діагностичне значення тільки при надходженні хворих на тяжку НП; 2) оцінка стану хворих на тяжку НП за шкалою SOFA патогенетично обґрунтована та є високоінформативним заходом для повторної оцінки стану хворих на ТНП, а також служить для прогнозування наслідків захворювання.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ВИЯВЛЕННІ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОВОЮ СЕРЦЯ (ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ)

Дудка П.Ф.[1], Кузнєцова-Арабулі Ю.В.[1], Дериземля І.О.[2], Магас О.І.[2]
[1] Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
[2] Київська міська клінічна лікарня № 3

Дослідження останніх років свідчать, що серцево-судинні захворювання у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) трапляються у 2 рази частіше, ніж у загальній популяції. Поєднання ХОЗЛ та ішемічної хвороби серця (ІХС) значно частіше, ніж інші захворювання, призводить до різноманітних порушень серцевого ритму. Нерідко у цієї категорії хворих реєструються життєво небезпечні порушення серцевого ритму. Вони можуть визначати прогноз життя пацієнтів. Ця клінічна проблема є надзвичайно актуальною і потребує більш глибокого аналізу.

Мета роботи: на підставі ретроспективного аналізу даних електрокардіографічного дослідження медичних карт стаціонарних хворих дослідити його інформативність у виявленні порушень серцевого ритму у хворих на ХОЗЛ із супутньою ІХС.

Завдання дослідження: на підставі аналізу даних електрокардіографії (ЕКГ) встановити частоту виникнення аритмій серця, в тому числі життєво небезпечних, у хворих на ХОЗЛ із супутньою ІХС.

Матеріали і методи дослідження. Було проаналізовано 116 історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 3 з діагнозом : ХОЗЛ II ст. у фазі загострення. Діагноз ХОЗЛ встановлювався згідно наказу № 128 від 19.03.2007р. МОЗ України „Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Пульмонологія". У всіх хворих діагностовано також ІХС, яка у 75 хворих виявлялась у вигляді стабільної стенокардії напруги II функціонального класу, у 21 пацієнта – післяінфарктним кардіосклерозом, у 30

пацієнтів - дифузним кардіосклерозом. Середній вік хворих становив 54 роки. Всім хворим було проведено загальноклінічне та лабораторно-інструментальне дослідження, яке включало також ЕКГ в динаміці.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі даних електрокардіографічного дослідження виявлено порушення серцевого ритму лише у 22 хворих (19%) , в тому числі у 15 пацієнтів (13%)- фібриляція передсердь, у 3 обстежених (2,6%) - шлуночкова екстрасистолія , у 4 (3,5%) хворих суправентрикулярна екстрасистолія та у 11 осіб (9,5%) зареєстрована синусова тахікардія. Встановлена нами частота виникнення аритмій, в тому числі життєво небезпечних, у обстежених пацієнтів не може свідчити про достатню інформативність цього методу діагностики.

Висновки. Отже, електрокардіографічне дослідження не є достатньо інформативним методом діагностики електричної нестабільності міокарда у хворих на ХОЗЛ із супутньою ІХС. З метою покращення виявлення порушень серцевого ритму, в тому числі життєво небезпечних, є доцільним включення добового холтерівського моніторуваннння до програми інструментального обстеження даної категорії хворих.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗМІН СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАСИВНИХ КУРЦІВ

Пікас О.Б., Пікас Г.Б., Брюзгіна Т.С.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Куріння цигарок серед населення України щороку зростає. Воно поширене також серед дітей та підлітків. Цигарковий дим містить багато реактивних хімічних компонентів, які можуть подразнювати слизові оболонки очей та верхніх дихальних шляхів, а також викликати запальний процес у них. В результаті цього пасивні курці страждають від хвороб очей і горла, від чихання, кашлю, нежиті, задишки та охриплості голосу. У багатьох із них відмічаються функціональні порушення шлунка, головокружіння та головний біль, які можуть тривати протягом 24 годин. Знаходження людей поряд із курцем є дуже шкідливим. Людина, яка провела 1 годину в накуреному приміщенні, отруюється аналогічно людині, котра викурила 4 цигарки. Рідні й близькі курців стають пасивними курцями, адже куріння однієї людини отруює організм багатьох інших.

Дія цигаркового диму на самих курців та на людей, які знаходяться поряд із курцем не виключає його вплив на біохімічні процеси в легенях.

Тому метою наших досліджень було – оцінити склад жирних кислот (ЖК) ліпідів сироватки крові у пасивних курців та встановити значення їх змін.

Матеріали і методи обстеження. В дане дослідження увійшли результати обстеження 35 (59,3 % із 59) здорових осіб, які не курили цигарки (I група) та 24 (40,7 % із 59) здорові особи, котрі були пасивними курцями (II група). Обстеження осіб проводили у Київському міському протитуберкульозному диспансері № 1.

У всіх обстежених визначали спектр жирних кислот фосфоліпідів у сироватці крові на газорідинному хроматографі серії «Цвет-500». В основі методу лежить екстракція ліпідів із сироватки крові, виділення фосфоліпідів, метилування і газохро-матографічний аналіз жирних кислот на хроматографі серії «Цвет-500» із плазмо іонізаційним детектором в ізотермічному режимі. Кількісну оцінку складу ЖК ліпідів проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків метилових похідних ЖК і їх частки у відсотках (%). Похибка визначення показників становила ± 10 %.

Результати дослідження та їх обговорення. У сироватці крові в осіб II групи виявлена міристинова (С14:0) і маргаринова (С17:0) ЖК, чого не спостерігалось у здорових осіб I групи. Кількість міристинової ЖК (С14:0) в осіб II групи становила (12,0 ± 1,0) % та свідчила про ендокринні зміни в організмі. Поява маргаринової ЖК (С17:0) обумовлена присутністю бактеріальної інфекції в організмі людини. В осіб II групи (пасивних курців) кількість її становила (0,7 ± 0,05) %.

Рівень пальмітинової (С16:0) та стеаринової (С18:0) ЖК у пасивних курців вірогідно зменшувався, $p < 0,05$ (порівняно з I групою, де рівень їх дорівнював (41,9 ± 0,9) % і (15,1 ± 1,3) % відповідно). Так, у II групі рівень пальмітинової ЖК (С16:0) становив (32,4 ± 1,8) %, що свідчило про деструктивні зміни лецитинової фракції фосфоліпідів крові. Рівень стеаринової ЖК (С18:0) у II групі дорівнював (8,2 ± 1,0) %.

У сироватці крові в осіб II групи зростав рівень лінолевої ЖК (С18:2) до (19,3 ± 1,5) % ($p > 0,05$) порівняно з особами I групи, де рівень її становив (16,0 ± 1,4) %.

Висновки. Отже, пасивне куріння суттєво впливає на склад жирних кислот ліпідів у сироватці крові, що характеризується появою міристинової ЖК (свідчить про ендокринні порушення в організмі) та маргаринової ЖК (свідчить про приєднання бактеріальної інфекції). При пасивному курінні відмічається зменшення пальмітинової і стеаринової ЖК та зростання лінолевої ЖК внаслідок посилених процесів перекисного окислення ліпідів, що може сприяти виникненню патологічних процесів в органах дихання під впливом цигаркового диму.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING MARFAN SYNDROME USING CURRENT FBN1 DATABASES.

Popowytch L.O., Doskaljuk B.V.
Ivano-Frankivsk national medical university

Purpose. The diagnostic criteria of Marfan syndrome (MFS) highlight the importance of a FBN1 mutation test in diagnosing MFS. As genetic sequencing becomes better, cheaper, and more accessible, the expected increase in the number of genetic tests will become evident, resulting in numerous genetic variants that need to be evaluated for disease-causing effects based on database information. The aim of this study was to evaluate genetic variants in four databases and review the relevant literature.

Methods. We assessed background data on 19 common variants registered in ESP6500 and classified as causing MFS in the Human Gene Mutation Database (HGMD). We evaluated data in four variant databases (HGMD, UMD-FBN1, ClinVar, and UniProt) according to the diagnostic criteria for MFS and compared the results with the classification of each variant in the four databases.

Results. None of the 19 variants was clearly associated with MFS, even though all classifications in the databases stated otherwise.

Conclusion. A genetic diagnosis of MFS cannot reliably be based on current variant databases because they contain incorrectly interpreted conclusions on variants. Variants must be evaluated by time-consuming review of the background material in the databases and by combining these data with expert knowledge on MFS. This is a major problem because we expect even more genetic test results in the near future as a result of the reduced cost and process time for next-generation sequencing.

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL HEALTH IN WOMEN OF DIFFERENT AGE ON THE BASE OF THE HEART RATE VARIABILITY ANALYSIS UNDER THE EFFECT OF EMOTIONS

Prokopenko N.A.
State Institute of Gerontology of the National Ukrainian Academy of Medical Sciences

Background: We have studied the specifics of individual emotional experiences in women of different age depending on the background of the autonomic regulation of the heart (vagotonia, normotonia, sympathotonia).

Methods: For physiological control of the functional state of the subjects during the emotional trial used a computer pulse diagnostics. The women at age 30-40 years and 60-70 years were participants of the study.

Results: Found that when the internal emotion induction in the vagotonics and simpatotonikov observed changes in autonomic balance towards activation of sympathoadrenal link and increasing the degree of tension of regulatory systems of the organism, regardless of age. The spectral structure of heart rate variability (HRV) indicates the transition of rhythm regulation from autonomic reflex level on humoral metabolic. In both age groups normotensive the regulation of functional state implemented through quick the system of response of HF-component.

Conclusions: The study identified that persons with signs of autonomic imbalance have lower adaptive capabilities. Shown that individual differences related to the peculiarities of neurohumoral regulation, are one of the factors that determine the specificity and strength of emotional experience. The obtained results allow us to explain some of the mechanisms of neurogenic diseases.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Білогорцева О.І.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

Україна за даними WHO (2014) віднесена до 18 країн з високою поширеністю туберкульозу (ТБ) зі збереженням великої кількості хворих, які є джерелом інфікування мікобактеріями туберкульозу, особливо небезпечним для найбільш уразливих контингентів населення – дітей та підлітків.

Мета дослідження – вивчити епідеміологічну ситуацію щодо ТБ у дітей в Україні. Дослідження виконане за держбюджетні кошти.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведене за даними офіційної статистики та додатково проведених епідеміологічних розрахунків.

Результати дослідження. Загальний контингент хворих на активний ТБ на кінець 2013 року зберігався на рівні 47594 (104,9 на 100 тис.): кількість пацієнтів з активними та неактивними формами захворювання в Україні, які перебувають на спостереженні у протитуберкульозних диспансерах, склала 354147 (780,5 на 100 тис.). Захворюваність дорослого населення віком 18 років і старше була на рівні попереднього року і становила 80,0 на 100 тис. населення. У 2013 р. загальна захворюваність вперше виявлених хворих із бактеріовиділенням зросла на 10 % у порівнянні із 2012 р, серед дітей до 14 років – на 6,8 %, серед дітей підліткового віку – на 5,2 %. Захворюваність дітей до 14 років (на 100 тис.) у 2013 р. збільшилась у порівнянні з 2012 р. на 7,1 % і становила 9,0 на 100 тис. дітей відповідного віку в порівнянні з попереднім роком за рахунок суттєвого підвищення захворюваності у 16 областях.

Охоплення профоглядом дітей в Україні у 2013 р. було вкрай низьким і склало 43,4 %, що можна пояснити нестачею туберкуліну та частково низькою активністю областей щодо проведення туберкулінодіагностики. Загальна кількість вперше виявлених дітей з різними проявами ТБ-інфекції (1, 2, 3, 4, 5 категорій, крім групи 5,3) в 2013 р., склала 132807, контингенти на кінець року – 161717 дітей. Вперше у 2013 р. кількість хворих І категорії (розповсюджені та тяжкі форми з деструкцією, бактеріовиділенням) у дітей до 14 років стала більшою, ніж у 3 категорії (обмежені своєчасно виявлені форми без бактеріовиділення та деструкції). Серед хворих підлітків також спостерігалося зменшення вперше виявлених хворих 3 категорії і збільшення осіб 4 категорії (мультирезистентний ТБ). Майже кожна третя дитина підліткового віку з вперше діагностованим ТБ легень мала процес із деструкцією та бактеріовиділенням, що свідчить про недоліки профобстеження дітей в останні роки, виявлення значної частини хворих за зверненням із занедбаними формами ТБ. Навіть при низькому охопленні профобстеженням дітей контингенти груп ризику (переважно з латентною туберкульозною інфекцією – ЛТІ) на кінець року склали майже 2000,0 на 100 тис.

Завдяки системі скринінгової туберкулінодіагностики і профілактики ТБ у дітей кількість вперше діагностованого ТБ серед загальної кількості вперше діагностованих хворих у країні складає 1,6–1,8 %, що значно нижче, ніж у більшості країн світу. З усіх обстежених дітей щорічно виділяють групу ризику щодо захворювання на ТБ (160–180 тис.) та здійснюють комплекс профілактичних заходів з метою попередження розвитку локальних форм ТБ

Висновки. Таким чином, в сучасних умовах високої розповсюдженості ТБ-інфекції необхідно налагодити в повному обсязі профобстеження дітей для раннього виявлення процесу (на етапі ЛТІ) та обмежених форм захворювання.

ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СПЕКТР КРОВІ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ, ЩО УСКЛАДНИВСЯ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Дудка П.Ф., Добрянський Д.В., Іорданова Н.Х., Тарченко І.П., Ковальчук Г.М.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Як відомо, при гострому коронарному синдромі активізуються механізми ішемічної депресії аеробного синтезу енергії. Вже на ранньому етапі ішемії міокарда формуються умови для заповільнення процесу β-окислення ліпідів. Накопичення при цьому вільних жирних кислот (ВЖК) та продуктів їх метаболізму в клітинних структурах, в тому числі біомембранах, сприяє порушенню процесу енергетичного забезпечення серця та зниженню інотропної функції серця (1,2).

Метою цієї роботи було дослідити особливості порушень жирнокислотного спектру крові у хворих на гострий коронарний синдром.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 44 пацієнтів на гострий коронарний синдром, що ускладнився серцевою недостатністю (СН) II-III класу за Кілліпон. Контрольну групу склали 14 здорових осіб. Спектр жирних кислот (ЖК) визначали в мембранах еритроцитів та плазмі крові газохроматографічним методом з використанням хроматографа серії «Цвет-500». Стан кардіогемодинаміки оцінювали шляхом проведення ЕКГ – дослідження.

Результати. Проведений аналіз вихідних рівнів показників жирних кислот фосфоліпідів мембран еритроцитів та плазми крові виявив порушення їх стабільності, зумовленої посиленням дестабілізаційних процесів в ліпідному бішарі. Так, рівень ключової ЖК – пальмітинової (С16:0) знизився до 18,0 ±1,0% ($p<0,05$) в мембранах еритроцитів та до 21,7±1,5% ($p<0,05$) в плазмі крові тоді як у здорових осіб ці показники відповідно склали 30,6±0,7% та 33,6±1,0% . Встановлено також достовірне зниження сумарної величини насичених ЖК (∑ НАСЖК) – 29,2±1,8% (50,0±1,3% у здорових осіб) в мембранах еритроцитів та 30,0±2,0% (52,0±2,0 у здорових осіб) в плазмі крові. Відзначене нами зниження рівня ∑ НАСЖК може свідчити про активацію найбільш енергозатратного шляху утворення АТФ – β-окислення ліпідів. Зниження в мембранах еритроцитів на 42% рівня ∑ НАСЖК переважно за рахунок С16:0, також зумовлено пригніченням механізмів антиоксидантного захисту. В той же час, відзначене зростання сумарної величини поліненасичених ЖК (∑ ПНЖК) в мембранах еритроцитів та плазмі крові має компенсаторний характер, спрямований на відновлення структурної організації ліпідного шару клітинних мембран. Виявлений в різних середовищах високий рівень арахідонату (С20:4)

є свідченням ініціації процесу конверсії ЖК та активації механізмів перетворення С20:4 в кінцеві її продукти метаболізму, що негативно позначується на показниках кардіогемодинаміки та інотропній функції серця.

Висновок: Порушення жирнокислотної рівноваги між насиченими та поліненасиченими ЖК в різних середовищах є наслідком ішемії міокарда та активації процесу β-окислення ліпідів як найбільш енергоємного шляху утворення АТФ, що негативно позначується на процесі перебігу гострого коронарного синдрому.

ЗНАЧЕННЯ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ У РОЗВИТКУ ПОЛІПІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Полінкевич Б.С., Пікас П.Б.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Метою досліджень було оцінити значення мікрофлори товстої кишки у розвитку поліпів шлунково-кишкового тракту.

Матеріали і методи. Було обстежено 35 (35,4 %) здорових осіб (I група) та 64 (64,6 %) хворих із поліпами шлунково-кишкового тракту (II група). Хворі знаходились на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні у клініці Державної установи «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України, де й проводились дослідження. Вивчались клініко-анамнестичні та клініко-лабораторні дані, враховувались скарги пацієнтів, анамнез захворювання і життя. Проводився проктологічний огляд, фіброколоноскопія, фіброгастродуоденоскопія. Мікробний склад товстої кишки вивчали бактеріологічним методом (посів калу на спеціальне середовище). Застосовувались ендоскопічні апарати з ендовідеосистемою (переважно виробництва фірми «Olympus», Японія) та набором стандартних інструментів (овальних петель, кулькових електродів).

Результати дослідження та їх обговорення. У здорових осіб (I група) була виявлена тільки облігатна мікрофлора (Bifidobacterium, Lactobacillus і Escherichia coli), якій властива антагоністична дія по відношенню до умовно-патогенних і патогенних мікроорганізмів, перешкоджаючи колонізації ними організму і розвитку патологічних процесів у ньому. У хворих із поліпами шлунково-кишкового тракту (II група) мікробіоценоз кишечника порушений: виявлена умовно-патогенна мікрофлора (Enterobacter cloacae, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella oxytoca, Escherichia coli hemolitica)

та змінена кількість облігатної мікрофлори (Bifidobacterium, Lactobacillus і Escherichia coli). У пацієнтів II групи загальна кількість бактерій облігатної мікрофлори та кожної з них окремо значно знижена, що може суттєво зменшувати її імуногенні властивості та показники імунітету. Якісні та кількісні зміни складу мікрофлори кишечника можуть бути причиною порушень метаболічних процесів в осіб II групи. Облігатна мікрофлора є сахаролітичною (поживним субстратом є вуглеводи), метаболіти якої корисні для організму людини (підтримують гомеостаз і нейтралізують негативний вплив протеолітичної мікрофлори). Зменшення рівня облігатної мікрофлори у хворих із поліпами шлунково-кишкового тракту (II група) приводило до зниження колонізаційної резистентності кишечника і появи факультативних бактерій (Enterobacter cloacae, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella oxytoca, Escherichia coli hemolitica), які відсутні у здорових осіб.

Нормальна мікрофлора кишечника є біосорбентом (акумулює значну кількість токсичних речовин) та проявляє детоксикуючу дію. Метаболічна активність нормальної мікрофлори має важливе значення в утворенні жирних кислот з коротким ланцюгом при гідролізі вуглеводів (ізомасляна, пропіонова, масляна) і білків (ізомасляна, ізовалер'янова, капронова), що забезпечує додаткову регуляцію складу мікрофлори і pH кишечного вмісту у хворих із поліпами шлунково-кишкового тракту.

Висновки. У хворих із поліпами шлунково-кишкового тракту на тлі зниженої кількості облігатної мікрофлори відмічена поява умовно-патогенної мікрофлори, яка сприяє морфологічним змінам в епітелії слизової оболонки кишечника та створює умови для розвитку неопроцесів (зокрема, поліпів і раку). Отримані результати бактеріологічних досліджень свідчать про необхідність включення антимікробних препаратів та пробіотиків до схеми комплексного лікування хворих із поліпами шлунково-кишкового тракту, що є важливим у перспективі подальших наших досліджень.

ЗНАЧУЩІСТЬ СПЕЦИФІЧНИХ ВНУТРІШНЬОШКІРНИХ ТЕСТІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Білогорцева О.І., Доценко Я.І., Победьонна Г.П., Ковальова О.Л.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

За міжнародними оцінками Україна залишається серед країн з високою розповсюдженістю туберкульозу (ТБ), що призводить до інфікування дітей.

Визначення у дітей стану інфікування (латентної туберкульозної інфекції – ЛТІ-стану, при якому в організмі персистують МБТ, але відсутні клініко-рентгенологічні прояви локального ТБ) дає можливість попередити розвиток локальних форм ТБ серед дитячого населення і стримувати подальше поширення епідемії.

Мета роботи – проаналізувати діагностичні можливості сучасних специфічних внутрішньошкірних тестів для діагностики туберкульозної інфекції у дітей.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 55 дітей з раннім періодом первинної туберкульозної інфекції (віраж туберкулінових реакцій) у віці 1–17 років. Діагноз встановлювався на підставі результатів проб Манту в динаміці, анамнезу та ретельного клініко-рентгенологічного обстеження. Дітям одночасно проводилась проба Манту та тест з алергеном туберкульозним рекомбінантним (АТР) на різних передпліччях. Контрольну групу склали 18 здорових неінфікованих МБТ дітей, які мали щеплення вакциною БЦЖ. Дослідження проведене за рахунок коштів державного бюджету.

Результати. Із 55 обстежених дітей, інфікованих МБТ, у 28 був виявлений контакт з хворим на ТБ. У (67,9 ± 8,8) % дітей, які не мали підтвердженого тубконтакту (27) результат проби з АТР був негативним, а частота позитивних результатів була достовірно нижчою порівняно аналогічними на пробу Манту: (17,9 ± 7,2) % проти (85,7 ± 6,6) %, ($p < 0,05$). Гіперергічна реакція на тест з АТР була у (7,1 ± 4,9) % дітей, на пробу Манту – у (14,3 ± 6,6) %.

У дітей з тубконтактом проба Манту в (74,1 ± 8,4) % випадках була позитивною, в (25,9 ± 8,4) % випадках - гіперергічною. Тест з АТР в (40,7 ± 9,5) % випадків був негативним (11 дітей), позитивним – у (22,2 ± 8,0) %, гіперергічним – у (37,0 ± 9,3) %, всього - у 60 %. Відсоток гіперергічних реакцій на тест з АТР у контактних дітей достовірно перевищував відсоток гіперергичних реакцій на пробу Манту серед цієї підгрупи ($p < 0,05$).

За результатами проби Манту достовірної різниці показників між групами дітей незалежно від тубконтакту виявлено не було, що опосередковано свідчить про її недостатню точність в діагностиці активності туберкульозної інфекції.

Тест з АТР у контактних дітей був негативним у (40,7 ± 9,5) %, а у дітей без тубконтакту – у (67,9 ± 8,8) %, ($p < 0,05$), а кількість гіперергічних проб - достовірно вищою відповідно (37,0 ± 9,3) % і (7,1 ± 4,9) % ($p < 0,05$), що продемонструвало високу чутливість тесту з АТР. Незалежно від підтвердження бактеріовиділення у джерела інфікування дитини майже в 50 % випадків мали місце позитивні і гіперергічні реакції на пробу з АТР, що свідчить про необхідність ретельного обстеження дітей у всіх випадках

У всіх здорових вакцинованих БЦЖ дітей, у яких був виключений контакт з хворим на туберкульоз, тест з АТР був негативний, що свідчить про високу специфічність метода (практично 100 %).

Висновки. Результати проби з АТР свідчать про його більш високу чутливість і специфічність порівняно з пробою Манту. Наявність позитивних та гіперергічних реакцій серед дітей з встановленим туб контактом, незалежно від мікробіологічного підтвердження бактеріовиділення у джерела інфекції, свідчить про необхідність ретельного обстеження і профілактичного лікування таких дітей.

КАРІОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С

Діденко В.І., Гайдар Ю.А., Аржанова Г.Ю.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетовськ

Мета дослідження: проаналізувати каріометричні показники у хворих з хронічним вірусним гепатитом С (ХВГС) в залежності від ступеня портальної гіпертензії (ПГ).

Матеріали і методи: в дослідженнях використовувався біопсійний матеріал печінки від 19 хворих, які проходили лікування у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Результати досліджень були розподілені на 4 групи в залежноті від прояві ПГ. До першої групи (відсутність проявів ПГ) входило 2 пацієнти, до другої (субклінічні прояви ПГ) – 10, до третьої (клінічні прояви ПГ) – 1 і до четвертої (виражена ПГ) – 3. Стадію фіброзу встановлювали за шкалою METAVIR. Біопсійний матеріал фіксували в 1,25% глютаровому альдегіді і постфіксували в 1% OsO_4. З сформованих епон-аралдітних блоків отримували напівтонкі зрізи (0,5 мкм), які фарбували толуїдиновим синім. Комп'ютерну каріометрію проводили за допомогою програми Image Pro Plus 6.0. Вимірювали площу ядер гепатоцитів (ПЯГ), розраховували коефіцієнт еліптичності ядер гепатоцитів (ЕЯГ), показник фактора деформації ядра (ФДЯ) гепатоцитів, коефіцієнт ядерно-цитоплазматичного відношення (ЯЦВ) гепатоцитів.

Отримані результати. Аналіз морфометричних показників гепатоцитів у групах показав, що медіана ПЯГ у пацієнтів першої групи становила 25,235 (18,1; 32,37) мкм^2, у другої групи – 27,11 (24,651; 29,84) мкм^2. У пацієнта третьої групи ПЯГ в середньому становив 18,828 мкм^2. Медіана ПЯГ у четвертій групі складала 25,41 (22,5; 26,727) мкм^2. Медіана ЕЯГ у першій групі дорівнювала

0,8645 (0,86; 0,869), у другій - 0,85 (0,82; 0,88). Для пацієнта третьої групи цей показник становив 0,798. Медіана ЕЯГ у четвертій групі складала 0,75 (0,72; 0,78).Медіана ФДЯ у першій групі становила 0,795 (0,76; 0,83), у другій групі 0,81 (0,73;0,83). Для хворого третьої групи ФЯГ характеризувався значенням 0,76. Медіана ФЯГ для четвертої групи дорівнювала 0,79 (0,69; 0,81). Медіана ЯЦС у першій групі хворих дорівнювала 0,11 (0,1; 0,13), у другій групі – 0,11 (0,11;0,15). Для хворого третьої групи ЯЦС становило 0,109. Медіана ЯЦС для четвертої групи характеризувалась показником 0,11 (0,1; 0,16).

Висновки. Аналіз морфометричних показників: площа ядер гепатоцитів, коефіцієнт еліптичності гепатоцитів, фактор деформації ядер гепатоцитів, ядерно цитоплазматичне співвідношення гепатоцитів на різних стадіях портальної гіпертензії у хворих з ХВГС статистично значимих змін не виявив.

КІСТКОВІ ЕРОЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ, АССОЦІЙОВАНІ З ТОФУСАМИ

Кузьміна А.П., Князєва О.В., Лазаренко О.М.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО, м. Кривий Ріг

Серед хронічних хвороб подагра заслуговує на увагу, як одна із найбільш поширених на сучасному етапі. Питома вага її досягає 2% серед дорослого населення, а серед чоловіків віком 55–64 роки частота цієї хвороби досягає 4,3–6,1%. Останнім часом в світі захворюваність на подагру підвищилася більш ніж удвічі, що може бути пов'язано з високою поширеністю гіперурикемії, оскільки подагра низкою авторів розглядається, як первинна хронічна системна патологія, що перебігає з постійним накопиченням мікротофусних депозитів в різних органах і тканинах організму та постійним утворенням тофусів.

Мета дослідження – встановити зв'язок між кістковими ерозіями, тофусами та синовіїтом у пацієнтів з подагрою.

Матеріали і методи дослідження. В дослідження включені результати обстеження 50 хворих на подагру. Критерієм включення хворих у дослідження був достовірний діагноз подагри (код МКХ 10: М10). Більшість з них були чоловіки, середній вік пацієнтів становив 50,2±4,1років. Слід зазначити, що половина пацієнтів були працездатного віку. Оцінку структурних змін кісток та навколишніх тканин проводили за допомогою рентгенологічного (50) та МРТ (20) зображень.

Результати дослідження. Досліджені пацієнти на подагричний артрит мали різний діапазон тяжкості захворювання (у 50% пацієнтів виявлені тофу-

си при огляді). Пацієнти отримували різні препарати, у тому числі алопуринол 90%, пробенецид і бензбромарон (30%). Середній показник рівня уратів сироватки становив 0,39 ммоль/л (0,20–0,69). Діапазон СРБ коливався в межах 0,5–22 мг/л, оцінка болю за VAS 100 мм – 5–75; HAQ-DI – 2,25; SF-36 – 1–100. Частота спалахів (за останні 12 місяців) – 5–46.

Досліджували наявність зв'язку між тофусами та синовіїтом при подагрі. Майже у 30% хворих визначалося сполучене ураження тофусами та синовії том, що спостерігалось у ділянках дистальної частини променевої або ліктьової кісток, 40% - ділянках проксимальних п'ясткових кісток, 30% - в межах або поблизу зап'ястка/дистальних п'ясткових кісток. У окремих пацієнтів тофусами були уражені декілька ділянок двох кісток. Досліджені пацієнти мали асоціації тофусів з синовіїтом в дистальних відділах променевозап'ясного, міжзап'ясного, зап'ясно-п'ясткового суглобів. Встановлено зв'язок між кістковими ерозіями та синовіїтом. У цих кісткових ділянках виявлено ерозії одночасно із синовіїтом в майже 30% випадків, проте, якщо ерозії були відсутні, то синовіїт виявлявся майже в 15% випадків. У логістичному регресійному аналізі по всіх суглобах тофуси, але не синовіїт, були незалежно пов'язані з ерозіями.

Кістковий набряк розцінювався як позитивний у майже 30% пацієнтів. Останній був оцінений в обмеженій кількості пацієнтів, яким проводилося МРТ дослідження. В окремих випадках (10%) кістковий набряк розцінений, як дуже м'який (середній бал = 1, максимально можливе значення = 45). При оцінці даних не було знайдено зв'язку між кістковим набряком та ерозіями, тофусами. Для порівняння, МРТ синовіїти, тофуси і кісткові ерозії були поширені.

Висновки. Таким чином, оцінка стану кісткової тканини у хворих на подагричний артрит показує, що кісткові ерозії асоціюються з тофусами: У деяких ситуаціях тофуси перекривають кілька ділянок. Оцінка структурних змін кісток та навколишніх тканин свідчить про стійку асоціацію кісткових ерозій з тофусами.

КЛАСС ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QTc И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС

Мальцева М.С.[1], Волков Д.Е.[2], Лопин Д.А.[2], Яблучанский Н.И.[1]

[1] Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина

[2] ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины»

Цель: оценить медикаментозный менеджмент у пациентов в первый год после имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС) в классах продолжительности интервала QTc.

Материалы и методы: обследованы 49 пациентов (28 женщин, 21 мужчина) с имплантированными ЭКС в режимах DDD/DDDR, VVI/VVIR и CRT. Оценивали до, в остром послеоперационном периоде (3–5 сутки), через полгода и 1 год после имплантации ЭКС частоту назначения и коэффициент дозы антикоагулянтов, антиагрегантов, прямых ингибиторов тромбина, сердечных гликозидов, амиодарона; ивабрадина, диуретиков, антагонистов альдостерона, блокаторов бета-адренорецепторов, антагонистов кальция, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), статинов. Пациенты были разделены на классы 1 (нормального QTc (320-440 мс)) – 24 (49%) пациентов) и 2 (удлиненного QTc (> 440 мс)) – 25 (51%) пациентов) продолжительности интервала QTc. Для обработки данных использовались стандартные статистические процедуры с помощью Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение: До имплантации ЭКС наиболее часто назначались в порядке убывания ингибиторы АПФ, антиагреганты, статины, блокаторы бета-адренорецепторов, мочегонные препараты; и реже: амиодарон, сердечные гликозиды, антагонисты кальция, антагонисты альдостерона, новые антикоагулянты. С имплантацией ЭКС в остром послеоперационном периоде увеличилась частота назначения блокаторов бета-адренорецепторов, в остальном структура частот статистически значимо не изменялась. К 6 месяцам и 1 году последовательно увеличивались частоты назначения антикоагулянтов, новых антикоагулянтов, блокаторов бета-адренорецепторов, антагонистов рецепторов ангиотензина II, статинов; уменьшилась частота назначения дигоксина; отсутствовали достоверные изменения частот назначения других групп препаратов. Удлинение продолжительности интервала QTc после имплантации ЭКС ассоциируется с большими частотой назначения и дозами амиодарона, мочегонных препаратов, блокаторов бета-адренорецепторов, ингибиторов АПФ, БРА и статинов.

Выводы: Пациенты с имплантированными ЭКС нуждаются в индивидуализированном медикаментозном менеджменте с учетом продолжительности интервала QTc, в том числе усилении антиишемической, антигипертензивной, антиаритмической терапии и терапии хронической сердечной недостаточности при увеличении продолжительности интервала QTc.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Боброва Е.В.
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Целью исследования было изучить антигипертензивный эффект бета-адреноблокаторов (БАБ) бисопролола (Бс) и небиволола (Нб) у пациентов эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы. Было обследовано 66 пациентов с ЭГ II стадии (18 мужчин и 48 женщин; средний возраст пациентов составил 58,9±1,7 года) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили всем пациентам на аппарате «ВАТ 41-2». Все пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа принимала монотерапию Бс в суточной дозе 10 мг (n=33), 2-я группа принимала монотерапию Нб в суточной дозе 5-10 мг (n=33). Обследование проводилось до и через 3 месяца приема терапии. Все пациенты с ЭГ в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа в течение 1-5 месяцев принимали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), 21 пациент (65,6% случаев) получали антагонисты кальция длительного действия (амлодипин, дилтиазем или верапамил) в комбинации с ИАПФ. 26 пациентам (81,2% случаев) периодически назначали петлевые диуретики (фуросемид, торасемид), а значение частоты сердечных сокращений более 75 ударов в 1 мин. обуславливало целесообразность назначения Бс и Нб, хотя ни один из этих пациентов их не принимал. У всех пациентов обеих групп отмечалось снижение уровня артериального давления (АД) (<130/80 мм рт.ст.).

Результаты. По данным СМАД после лечения БАБ было отмечено достоверное снижение уровня среднесуточного, среднедневного и средненочного систолического давления (САД) и диастолического АД (ДАД) ($p<0,05$) в каждой группе. Соответственно снизились показатели «нагрузки давлением» – индексы времени и площади на 44-67% ($p<0,01$). Среднесуточное САД на фоне Бс снизилось на 15,9% (с 152,7±2,5 до 128,8±2,7 мм рт.ст.) ($p<0,05$), а ДАД на 15,1% (с 94,7±1,9 до 80,1±1,7 мм рт.ст.). После терапии Нб среднесуточное САД снизилось на 16,6% (с 152,5±2,7 до 125,7±2,3 мм рт.ст.) ($p<0,05$), а ДАД – на 15,3% (с 94,3±1,7 до 79,1±1,5 мм рт.ст.).

Выводы. Таким образом, прием БАБ, в том числе Бс и Нб оказывал выраженный антигипертензивный эффект, способствуя нормализации суточного профиля АД, адекватному и эффективному снижению уровней САД и ДАД осо-

бенно в ночное время суток и уменьшению нагрузки, как на сердце, так и на другие органы-мишени у данной категории пациентов.

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ХОЗЛ, ЩО МАЮТЬ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Перцева Т.О., Конопкіна Л.І., Губа Ю.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – захворювання, що часто поєднується з різними коморбідними станами, одним з яких є депресія. За даними різних джерел депресія може виникати у 9–42 % хворих на ХОЗЛ. Проте, на теперішній час достеменно не відомі ані механізми виникнення депресії у хворих на ХОЗЛ, ані симптоми ХОЗЛ, які можуть сприяти виникненню депресії та посилювати її виразність.

Мета: визначити вплив виразності деяких клінічних та функціональних проявів ХОЗЛ на можливість формування депресії.

Матеріали та методи. Було обстежено 59 хворих з верифікованим діагнозом ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу (середній вік – 64,1 ± 1,2 років, чоловіків – 48 (81,4 ± 5,1 %)). Усі обстежені отримували адекватну терапію згідно з національними стандартами. У залежності від наявності або відсутності у них депресії згідно з анкетою депресії Бека (Beck Depression Inventory Short Form (BDI-SF)) усі хворі були розподілені на дві групи: група 1 – 17 хворих, які мали депресивні розлади (середній вік – 66,2 ± 2,9 років, чоловіків 13 (76,5 ± 10,3 %)); група 2 – 42 хворих без депресивних розладів (середній вік – 64,1 ± 1,5 років, чоловіків 36 (85,7 ± 5,4 %)). Обстеження хворих включало загальноклінічні, функціональний (спірометрія з розрахунком об'єму форсованого видиху за 1 секунду після проби з бронхолітиком (ОФВ1 пост)), анкетні методи (анкета Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC) для оцінки виразності задишки, анкета COPD Assessment Test (CAT) для оцінки виразності симптомів ХОЗЛ, анкета BDI-SF для оцінки психічного стану). Аналіз показників проводився за медіаною.

Результати. В групі 1 депресія легкого ступеня була виявлена у 5 хворих (29,4 ± 11,1 %), депресія середньої тяжкості – у 8 хворих (47,1 ± 12,1 %), тяжка депресія – у двох хворих (11,8 ± 7,8 %).

Виразність задишки, яка є однією з найпоширеніших скарг при ХОЗЛ, у групі 1 була сильнішою і у балах за шкалою mMRC склала 2 [2–3], а у групі 2 –

1 [1-2] (p = 0,033). В той же час, не було визначено достовірної різниці між показниками, отриманими за шкалою САТ в групах 1 та 2 (14 [9-20] та 17 [13-21] відповідно (p = 0,18)). Такі результати можна пояснити тим, що за шкалою САТ оцінюються різні прояви ХОЗЛ, які мають неоднозначний вплив на формування депресії, а за шкалою mMRC – суто задишка, яка, вірогідно, більш суттєво впливає на психічний стан хворих на ХОЗЛ.

Привернуло увагу те, що і рівень ОФВ1 пост у хворих групи 1 був нижчим (52,0 [37,9–58,5]), ніж у хворих групи 2 (59,1 [47,2–67,7]) (p = 0,042).

Висновки:

У хворих на ХОЗЛ із супутньою депресією переважає депресія середньої тяжкості.

Задишка як клінічний прояв ХОЗЛ є більш виразною у хворих з поєднаною депресією.

Ступінь задишки адекватно відображає рівень ОФВ1 пост.за даними спірометрії.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Кузнецова М.А., Дзяк Г.В.
ДЗ « Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №2

Мета роботи: вивчення клінічних проявів вегетативної дисфункції у пацієнтів молодого віку з пролапсом мітрального клапану (ПМК).

Матеріали та методи: обстежено 135 хворих з пролапсом мітрального клапану у віці від 18 до 25 років. Анамнестичні дані отримували шляхом анкетування пацієнтів, аналізу медичної документації. Клінічна частина роботи включала ретельне розпитування підлітків, аналіз їх скарг, відчуттів, збір сімейного анамнезу (наявність вад розвитку, конструкційних особливостей і т.і.) та анамнезу захворювання (вроджені порушення функції зору, дисплазії скелета, наявність операцій з приводу вроджених аномалій розвитку і т.і.).

Результати дослідження: Дослідження показало, що у пацієнтів з ПМК у клінічній картині були в достатній мірі представлені прояви - вегетативної дистонії, як психовегетативні, так і клінічні. Виявилося, що найбільш частим проявом психовегетативного синдрому в групі з ПМК 1 ст. була емоційна лабільність, яка відзначалася у 72,5% випадків. Слід зазначити, що частим проявом психовегетативних змін у пацієнтів з ПМК 1 ст. є порушення сну, яке оцінювалося як труднощі засинання (неможливість заснути, протягом декількох

годин). Було виявлено, що однією з найбільш частих причин звернення до терапевта та кардіолога з ПМК1 ст. з'явився гіпервентіляційний синдром, який молодими людьми трактувався, як відчуття неповноцінності вдиху, відчуття нестачі повітря, частіше виникають на фоні емоційного навантаження. Із проявів психовегетативного синдрому в групі з ПМК 2 ст. частіше реєструвалася втомлюваність. Втомлюваність, як відповідна психовегетативна реакція на емоційне або фізичне напруження базувалася на низькій толерантності у цих пацієнтів до середовищних факторів. У той же час, з ПМК 1 ст. порівняно з групою з ПМК 2 ст. достовірно частіше відзначалися такі прояви психовегетативного синдрому, як дратівливість, відчуття слабкості, метеопатія.

Висновки. З клінічних проявів вегетативної дисфункції у клінічній картині з ПМК 1 ст. достовірно частіше, ніж з ПМК 2 ст. відзначалися такі, як вегеталгії, цефалгії, кардіалгії, ортостатичний синдром, абдоміналгії. В той же час з ПМК 2 ст. з клінічних проявів достовірно частіше переважали непритомність. Непритомні стани, як правило, виникали на порожний шлунок, або в задушливому приміщенні, при вимушеному тривалому ортостатичному положенні, носили нейровегетативний характер.

КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Дроздова І.В., Храмцова В.В., Мацуга О.М., Гончар Ю.О., Колганов І.А.
ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Мета: визначити порушення когнітивних функцій при артеріальній гіпертензії (АГ) та розробити алгоритм їх діагностики в практиці медико-соціальної експертизи.

Методи: Об'єкт дослідження – когнітивні функції хворих на АГ II і III стадії (з давністю перенесеного інсульту не менш 6 місяців). Було обстежено 46 пацієнтів, серед яких було 24 чоловіки й 22 жінки, середній вік яких склав 46,7 роки, тривалість АГ – 4,6 роки. Для визначення психологічних особливостей хворих було використано: методику Г. Шмішека, тест Р. Кеттела, міні-мульт, особистісний опитувальний Бехтєрєвського інституту; когнітивних функцій – коректурні таблиці Бентона, таблиці Шульте, методика Мюнстерберга, запам'ято-вування 10 слів, образна, зорова, змістовна пам'ять, виділення суттєвих ознак, виключення зайвого, прості аналогії, методика Еббінгауза. Оцінку значущості когнітивних функцій проводили, використовуючи метод Кендалла.

Результати: Згідно до діагностичних критеріїв МКХ-Х, легкі когнітивні розлади було діагностовано серед хворих на АГ II і III стадії у 100,0 і 74,2% відповідно, помірні – у 25,8% обстежених з АГ III стадії. В нормі увага була у 22,2 і 9,4% пацієнтів з АГ в обох групах. Легкі порушення уваги у хворих з АГ II і III стадії спостерігались в 77,8 і 81,2% випадків; помірні – лише у хворих з АГ III стадії – у 9,4%. В нормі пам'ять було оцінено у 55,6 і 2,7% обстежених обох групах. Легкі порушення памяті визначались у 22,2 і 62,2% пацієнтів з АГ II і III стадій; помірні – у 22,2 і 35,1%. Процеси мислення, як нормальні, діагностовано в 55,6% і 35,1% осіб в обох групах. Легкі порушення мислення у хворих з АГ II і III стадії спостерігались в 44,4 і 29,8% випадків; помірні – лише серед хворих з АГ III стадії у 35,1%. Інтелектуальні здібності в нормі діагностувались у 55,6 і 24,4% обстежених обох групах. Легкі порушення інтелекту визначались у 22,2 і 32,4% пацієнтів з АГ II і III стадій; помірні – у 22,2 і 43,2% відповідно. Тобто, найзначніші ураження когнітивних функцій серед осіб з АГ II і III стадій відбуваються в пам'яті (44,4 і 97,3%), в увазі (77,8 і 90,6%), в інтелекті (44,4 і 75,6%) та в мисленні (44,4 і 64,9%).

В увазі хворих на АГ, найбільш значущими є: вибірковість уваги, ефективність роботи, адаптація уваги та коефіцієнт асиметрії уваги; в пам'яті – змістовна пам'ять, короткотривала мовно-слухова пам'ять 3-ї, 5-ї, 4-ї, 2-ї проб, образна пам'ять, об'єм короткотривалої пам'яті; в мисленні - інтегральний показник загальних розумових здібностей, розрізнення різнорідних понять, продуктивність мислення, розуміння логічних зв'язків між поняттями; в емоційному інтелекті - керування своїми та чужими емоціями, інтегральний рівень загального емоційного інтелекту, міжособистісний емоційний інтелект, розуміння чужих емоцій, внутрішньоособистісний емоційний інтелект. Якщо оцінювати усі когнітивні функції, то у хворих на АГ, найбільш інформативними є: Pt-психастенія, зорова й змістовна пам'ять, Sc-шизоїдність, анозогнозичний ТСХ, D-депресія, інтегральний показник загальних розумових здібностей, обсесивно-фобічний ТСХ, розрізнення різнорідних понять, вибірковість уваги, тривожний ТСХ, продуктивність мислення.

Висновки: розроблено та представлено покроковий діагностичний алгоритм виявлення характеру та ступеню когнітивної дисфункції при артеріальній гіпертензії. Він має розширений та експрес варіанти, покроковий характер і передбачає, згідно МКФ, оцінку у хворих на АГ: функції свідомості та орієнтованості (крок 1); темпераменту та особистісних функцій (крок 2); інтелектуальних, вольових та спонукальних функцій (крок 3); глобальних психосоціальних функцій (крок 4); пам'яті (крок 5); мислення (крок 6) та уваги (крок 7), як специфічних розумових функцій.

КОМОРБИДНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ

Чирва О.В., Несен А.А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины»

Цель: повысить эффективность лечения коморбидности функциональных заболеваний органов пищеварения (ФЗОП) путем модификации триггерных факторов образа жизни, диетических рекомендации и назначения фитотерапии.

Материалы и методы. Обследовано 305 лиц (125 мужчин (41%) и 180 женщин (59%)), средний возраст (20,8±0,1) лет. Все пациенты с установленными ФЗОП получали комплексную терапию: «Схема А» (n=44) - модификация триггерных факторов образа жизни, диетические рекомендации low FODMAPs, комбинированный фитопрепарат Иберогаст в дозе 20 капель 3 раза в день в течение 8 недель; «Схема Б» (n=45) отличалась отсутствием дополнительной фитотерапии. Рандомизацию больных проводили методом последовательных номеров.

Результаты исследования. Важной особенностью функциональных нарушений является их системность: как правило, в различной степени страдают все органы пищеварения, хотя симптомы указывают на какую-либо определенную область поражения. В виду преимущественно молодого возраста данной категории больных, а также особенностей этиопатогенеза функциональных нарушений, актуальным является оценка эффективности немедикаментозных методов коррекции, в частности, модификации триггерных факторов образа жизни, диетических рекомендаций и фитотерапии. Среди обследованных пациентов ФЗОП диагностированы у 29,2%. Частота встречаемости изолированной функциональной диспепсии (ФД) составила 16,7% (n=51), изолированного синдрома раздраженного кишечника (СРК) – 6,6% (n=20), сочетания ФД и СРК, так называемый, «синдром перекреста» – 5,9% (n=18). Эффективность терапии больных ФД оценивалась по шкале «Gastrointestinal Symptom profile» (GIS). Так, на 56-й день терапии положительная динамика клинических проявлений ФД отмечалась в обеих группах («Схема А» и «Схема Б»), однако лучшей была у лиц, получавших комплексное лечение с фитотерапией по следующим показателям: тяжесть в эпигастрии (суммарный балл GIS (0,42±0,10) и (0,74±0,1) соответственно, p=0,043), спазматические боли в эпигастрии ((0,15±0,06) и (0,51±0,10) балла, p=0,003), ощущение раннего пренасыщения ((0,36±0,09) и (0,71±0,13) балла, p=0,032) и потеря аппетита ((0,33±0,08) и (0,63±0,12) балла, p=0,045). Эффективность лечения больных СРК на оценивалась по визуально-аналоговой шкале «Irritable bowel syndrome Severity Scoring System» (IBS-SSS). На 56-й

день лечения более выраженное снижение отмечалось для интенсивности метеоризма в группе «Схема А» (2,8±1,1) по сравнению с группой «Схема Б» (8,9±1,9) балла (p=0,009) и степени влияния заболевания на качество жизни ((7,5±2,0) и (13,3±1,) балла, соответственно, p=0,041).

Выводы. Пациентам с установленными ФЗОП (ФД, СРК или их сочетанием) рекомендуется дополнительное назначение фитопрепарата с многофакторным действием на органы системы пищеварения. Контрольное анкетирование по шкалам «GIS» для оценки жалоб при ФД и «IBS-SSS» для оценки жалоб при СРК позволит оценить эффективность проводимой комплексной терапии.

КОМОРБИДНОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Несен А.А., Чернышов В.А., Шкапо В.Л., Чирва О.В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины»

Цель работы – разработка патогенетически аргументированных подходов к усовершенствованию диагностически-терапевтической стратегии больных с коморбидностью атеросклероза (АС) и хронической болезни почек (ХБП) на основе визуализации атеросклеротических проявлений, исследования ренального кровотока, гистоструктуры почек и функционального состояния эндотелия гломерулярного аппарата, специфики оксидативных, ферментативных, воспалительных механизмов, с учетом состояния ренин-ангиотензиновой системы и структурных изменений эндотелия.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач в условиях клинической базы ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» было обследовано: 369 пациентов с хронической болезнью почек (хронический гломеруло- и пиелонефрит, диабетическая нефропатия) с выявленными субклиническими проявлениями атеросклероза; 86 больных гипертонической болезнью II-III стадии (группа сравнения) и 30 практически здоровых лиц (группа контроля).

Результаты. В работе доказано, что даже ранние субклинические проявления АС являются независимыми факторами повышенного кардиоваскулярного риска (КВР) и в значительной мере увеличивают вероятность осложнённого течения коморбидной патологии (что подтверждено приведенными клиническими примерами), являясь основанием для более агрессивной профилактической тактики и стратегии лечения. В процессе исследования определено, что морфологические изменения гистоструктуры почек при коморбидности АС и ХБП

ассоциируются со степенью поражения почек и степенью атеросклеротических изменений (морфологические изменения эндотелиоцитов; изменения сукцинатдегидрогеназной активности NO-синтазы; инфильтрация стенки артериолы моноцитами и макрофагами моноцитарного происхождения; изменения характера иммуновоспалительного инфильтрата), что указывает на прогрессирующую дисфункцию эндотелия и вазоконстрикцию сосудов почки, и в дальнейшем приводит к склерозу и гиалинозу сосудов. Установленные морфологические изменения эндотелиоцитов указывают на их высокую чувствительность к оксидативному стрессу и пертурбациям ферментативных и иммуновоспалительных процессов, что способствует развитию АС, поражению сосудов и органов-мишеней.

В работе представлены данные о взаимосвязи морфологических и биохимических изменений в тканях почек у больных хронической болезнью почек в условиях развития атеросклероза: установлена синтропическая взаимосвязь выраженного дисбаланса во взаимодействиях процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, активности протеолитических ферментов и их ингибиторов, деструктивных изменений эндотелия, активации моноцитопосредованной инфильтрации сосудистой стенки липидами на фоне прогрессирующей дислипидемии, нарастания активности факторов системного воспалительного ответа.

Вывод. Проведенное исследование доказало, что терапевтическая стратегия, нацеленная на коррекцию артериального давления, дислипидемии, ренального кровотока, эндотелиальной дисфункции, оксидативных, ферментативных и иммуновоспалительных процессов может существенно замедлить прогрессирование коморбидной патологии, а внедрение разработанных новых методов диагностики и лечения, позволяет значительно расширить возможности первичной и вторичной профилактики хронической почечной недостаточности и вторичной профилактики атеросклероза.

КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ПОДАГРИЧНИЙ АРТРИТ

Доскалюк Б.В., Попович Л.О.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. Є.М. Нейка

Актуальність теми. Подагра — це хронічне запальне захворювання, що пов'язане з порушенням сечокислого обміну, і відкладенням уратів у тканинах організму, що клінічно характеризується рецидивуючими нападами гострого

артриту і утворенням подагричних тофусів. Проте зміни в організмі хворих подагрою не обмежуються лише патологією суглобів. Мають місце ряд інших позасуглобових проявів захворювання.

Мета. У нашому дослідженні ми зосередили свою увагу саме на поза суглобових проявах подагри і нашою метою було дослідити системний вплив подагри на організм людини.

Матеріали та методи. Нами було проведено ретроспективне дослідження, в ході якого було опрацьовано історії хвороб 28 хворих на подагричний артрит, що перебували на лікуванні в ревматологічному відділенні ОКЛ м. Івано-Франківська. Всі хворі – чоловіки, віком від 28 до 65 років. Хвороба у всіх досліджуваних була розцінена за сучасними діагностичними критеріями хвороби як первинна метаболічна подагра. Тривалість захворювання коливалася від 2 до 25 років.

Результати. З'ясовано, що практично у всіх пацієнтів – (26 випадків з 28-ми обстежених - 92,5%) відмічалося стійке підвищення артеріального тиску. Визначено, що у 7 хворих (25%) спостерігається стан передожиріння, ще у 15 пацієнтів (53,6%) ожиріння I ступеню та у 6 (21,4%) – ожиріння II ступеню (згідно із значеннями індексу маси тіла (ІМТ) пацієнтів).

Сечокам'яна хвороба була виявлена у 9 хворих (32,2%), при чому у 3 пацієнтів конкременти в сечовивідних шляхах були значними за розмірами. В загальних аналізах сечі у 13 хворих (46,4%) спостерігалася лейкоцитурія, у 15 пацієнтів (53,6%) – протеїнурія та мікрогематурія, а ще в 18 (64,3%) – солі уратів, фосфатів, оксалатів. Рівень клубочкової фільтрації (КФ) склав в середньому у обстежених хворих 71,5 + 12,7 мл/хвил/ 1,73м2 , при чому початкове або помірне зниження КФ було виявлено у 19 з них (67,8%).

Висновки. Отже, зважаючи на результати досліджень, пацієнтів з подагрою потрібно розглядати як контингент високого ризику розвитку коморбідних патологій. Саме тому своєчасне встановлення діагнозу, раннє і раціональне призначення лікування не лише самого захворювання, але й супутніх патологій має безпосереднє клінічне і соціальне значення для пацієнта.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Маргитич С.В., Максаков Д.Н., Карп К.С., Карп А.С.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Исследования проведены в отделении аллергологии и стоматологической поликлинике ОКБМ, согласно протокола оказания медицинской помощи больным с лекарственной аллергией. Выделены 2 группы: в основной группе было 38 больных, из них 20 мужчин, 18 женщин в возрасте от 18 до 55 лет, которые получали «Мультисорб» – комплекс натуральных растительных биополимеров (содержащих целлюлозу, гемицеллюлозу, пектиновые вещества и лигнин), на фоне пульс-терапии. В контрольной группе – 36 больных, из которых 16 мужчин, 20 женщин в возрасте от 18 до 50 лет, получавших только пульс-терапию. У всех больных проведена оценка анамнеза, данных клинических осмотров стоматолога, отоларинголога, дерматолога; лабораторные исследования направленные на выявление и оценку степени поражения слизистой полости рта.

Результаты. У больных основной группы, получающих «Мультисорб» отмечался выраженный клинический эффект (на 8-й –12-й день лечения, начиналась эпителизация язвенных поражений полости рта). У больных, контрольной группы, находившихся только на пульс-терапии, явления эпителизации начинались на 15–22-й день лечения. Для выявления статистической разницы между показателями в группах применяли t- критерий Стьюдента.

Выводы. Назначение «Мультисорба» при лекарственном поражении слизистой полости рта сокращает сроки лечения и может быть рекомендовано в комплексной терапии.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕИНУРИЕЙ

Курята А.В., Фролова Е.А., Черкасова А.В., Гармиш И.П.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии № 1 и профпатологии

Актуальность. Результаты многочисленных контролируемых исследований показали, что при хронических болезнях почек (ХБП) более высокие уровни протеинурии ассоциируются с повышенным риском прогрессирования ХБП. Протеинурия – важный и независимый фактор прогрессирования болезни по-

чек, уровень которого напрямую влияет на интенсивность снижения клубочковой фильтрации. Адекватная антигипертензивная терапия, как один из этапов нефропротекции, может замедлить прогрессирование ренальной дисфункции и отдалить время наступления хронической почечной недостаточности (ХПН), за счет уменьшения протеинурии до 35-40%. Жесткий контроль уровня артериального давления (АД) позволяет существенно снизить темпы развития ХПН и отсрочить начало почечной заместительной терапии.

Цель. Оценить эффективность ИАПФ (квиноприл) в достижении целевых уровней АД и снижении уровня протеинурии у пациентов с ХБП.

Материалы и методы. Было обследовано 30 больных от 18 до 50 лет, средний возраст 34,2±2,34 года, с различными заболеваниями почек. СКФ находилась в диапазоне >60<90 мл/мин (средний уровень СКФ – 66,02±1,35 мл/мин). С антигипертензивной и нефропротекторной целью в терапию был включен квинаприл 10 мг 1 раз в сутки, с последующим увеличением дозы до 20-40 мг/сут под контролем АД. Длительность наблюдения составила 4 недели; критерием эффективности считали достижение цифр АД 130/85 мм рт. ст. для пациентов с ХБП при суточной протеинурии <1 г/сут, и АД 125/75 мм рт. ст. при уровне суточной протеинурии >1 г/сут. В ходе исследования ежедневно контролировали уровень АД и суточную протеинурию, содержание креатинина в сыворотке крови и рассчитывали СКФ по формуле Cockroft-Gault.

Результаты и обсуждение. Целевой уровень АД был достигнут у 23 пациентов (76,6%) при средней дозировке квинаприла 18,2±2,1 мг/сут. В ходе исследования отмечалось снижение САД на 20,4±3,8(12,6%) мм рт. ст. ($p<0,01$), ДАД – на 11,6±2,8(11,3%) мм рт. ст. ($p<0,01$). Было зарегистрировано достоверное уменьшение суточной протеинурии с 1,3±0,2 до 0,40±0,06 г/сут(81,5%) ($p<0,01$). Уменьшение протеинурии ниже порогового уровня 300 мг/сут зарегистрировано у 3 больных (10%), при уровне <1 г/сут уменьшение протеинурии составило 52,1% ($p<0,05$), >1 г/сут – 98,8% ($p<0,01$) соответственно. Наблюдалась положительная тенденция снижения содержания креатинина в сыворотке крови с 143,6±3,3 до 135,5±2,6 ммоль/л ($p>0,05$) и увеличения СКФ с 66,0±1,4 до 68,5±1,6 мл/мин ($p>0,05$).

Выводы.

1. Использование квинаприла при средней суточной дозировке 18,2±2,1 мг продемонстрировало высокую клиническую эффективность в достижении целевых уровней АД у пациентов с ХБП II ст. на фоне хорошей переносимости и безопасности препарата.

2. Препарат обладает нефропротекторным эффектом: снижает уровень суточной протеинурии при положительной тенденции со стороны уровня креатинина в сыворотке крови.

3. Квинаприл может быть использован у пациентов с заболеваниями почек как для достижения целевых уровней АД, так и для замедления прогрессирования хронической почечной недостаточности.

ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ КАК КОМПОНЕНТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Шендрик Л.М.
ГУ «Днепропетровская медицинскаяя академия МОЗ Украины»
Кафедра гастроэнтерологии и терапии ФПО

Актуальность проблемы. Сегодня метаболическом синдроме (МС) вышел за рамки сердечно-сосудистой патологии. НАЖБП является одним из самых распространенных заболеваний, ассоциированных с МС. Зачастую стеатоз печени и НАСГ протекают без клинических проявлений, при этом НАСГ может прогрессировать в цирроз печени, приводить к печеночной недостаточности и даже к развитию гепатоцеллюлярной карциномы. Практически все компоненты МС являются факторами риска, приводящими к формированию фиброза и цирроза печени. При терапии НАСГ отдавать предпочтение следует лекарственным средствам, улучшающим функцию печени и воздействующим на патогенетические механизмы формирования НАСГ на фоне МС. В этом отношении перспективным служит назначение препарата Вазонат®. Активное вещество лекарственного средства Вазонат — мелдониум который, ингибируя активность гамма-бутиробетаингидроксилазы, снижает биосинтез карнитина и связанный с ним транспорт длинноцепочечных жирных кислот через мембрану клеток, препятствуя накоплению в клетках активированных форм неокисленных жирных кислот. Препарат проявляет антиишемический и цитопротекторный эффекты.

Цель исследовани: оценка эффективности препарата Вазонат® в лечении неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) при МС с целью расширения показаний для применения препарата Вазонат® и обоснования потребности практической медицины в новых препаратах обладающих гепатопротективными свойствами..

Материалиы и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 пациента в возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст 55+-2,3года). Проводились клиническое и биохимическое наблюдения, включая расспрос, биохимические показатели, определяющие функциональное состояние печени (АЛТ,АСТ, ЩФ,ГГТП) Все пациенты получали терапию в комплексе с Вазонатом по 1 капсуле (250 мг) 2 раза в день. Курс терапии составлял 30 дней. В 93% случаев у нашей группы

больных МС с НАСГ повышался уровень АСТ и АЛТ. Уровень АЛТ колебался от 34 до 167 ед/л, АСТ от 48 до 219 ед/л, причем преобладало повышение уровня АСТ. У 87% отмечалось умеренное повышение АСТ и/или АЛТ (не более чем в три раза от верхней границы нормы), у 23% уровень АСТ и/или АЛТ повышался значительно (более чем в три раза).

Результаты. Под влиянием проводимой терапии параметры биохимического исследования крови, которые отражают состояние больного, существенно изменились. Среднее значение ГГТП крови уменьшилось с 195,71 до 89,57 Ед/л,то есть снижение ГГТП было в 2,2 раза . Среднее значение АЛТ крови уменьшилось в основной группе с 1,82 до 0,51 Ед/л. Показатель АЛТ снизился в 3,56 раза. Показатель АСТ уменьшился с 1,38 до 0,42 Ед/л, также ЩФ крови уменьшилась с 1,7 до 0,85. АСТ снизилась в 3,28 раза ,а. ЩФ крови снизилась в 2 раза.

Выводы: в результате проведенных исследований, выявлена регрессия воспалительно-деструктивных процессов в ткани печени, что выражалось в снижении уровня ГГТП, АСТ, АЛТ и ЩФ сыворотки крови у больных. Также выявлено положительное влияние комплексной терапии с включением исследуемого препарата Вазонат®, на динамику выраженности основных клинических проявлений заболевания (74%), что свидетельствует о мультимодальном (системном) действии препарата.

С учетом динамики всех показателей (клинических симптомов и лабораторных показателей), можно сделать вывод, что препарат Вазонат® в дозировке 500 мг/сут в течение 30 дней может быть рекомендован к включению в комплексное лечение пациентов с НАСГ при МС.

ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ.

Маркова О.Я., Швець С.В., Швець К.Б.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг

Метою дослідження було вивчення впливу стронцію ранелату на перебіг остеоартрозу (ОА) та зміни мінеральної щільності кісткової тканини, Т-критерію (за даними денситометрії).

Матеріали та методи. В дослідженні брали участь 48 жінок з ОА колінних суглобів II–III ступеню за J.H. Kellgren, які знаходились в менопаузі. Вік хворих склав від 48 років до 69 років. Всі пацієнтки скаржилися на біль в колінних суглобах, 25 (52,1%) – мали обмеження рухливості суглобів. Всі хворі отримували за потребою НПЗП. Пацієнтки були поділені на 2 групи: I – 25 (52,1%) – при-

значали карбонат кальція в добовій дозі 1000 мг в поєднанні з вітаміном D3- 800 МО. II група – 23 (47,9%) – додатково отримувала стронция ранелат – 2 г/добу перед сном. Лікування проводили протягом 12 місяців.

Результати: при проведенні денситометрії через 12 місяців у пацієнток I групи не виявили вірогідного підвищення Т- критерію (p=0,56). У пацієнток II групи спостерігали підвищення Т – критерію: з – 3,2±0,7SD на початку лікування, до – 2,8±0,6 SD через рік. Показники больового синдрому знизилися лише у пацієнтів II групи.

Висновок. Таким чином, застосування стронцію ранелату має позитивний вплив на щільність кісткової тканини, а також зменшує виразність больового синдрому у жінок з ОА в постменопаузі.

MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSTIC AND PROPHYLAXIS OF TUBERCULOSIS AMONG THE HEALTH CARE WORKERS OF ANTI-TUBERCULOSIS MEDICAL CENTERS

Bilogortseva O.I., Dotsenko Ya. I., Pobedyonna G.P., Sadlovska M.A., Shatunova V.A.

SE „National Institute of pulmonology and phthisiology named by F.G. Yanovski NAMS of Ukraine"

Introduction. Infection with Mycobacterium tuberculosis, the bacterium that causes tuberculosis (TB), remains a significant health concern worldwide. Prevention of active TB disease is a major cornerstone of TB control, and preventing TB disease relies on identifying and treating TB infection. Hospitals, clinics and other congregate health settings are well re cognized as areas of potential TB transmission. That is why many countries and institutions recommend or mandate regular surveillance of TB infection status among health care workers (HCW). Improvement of TB diagnostics is an important task because Mantoux test (TST) is not sensitive for the diagnosis of latent tuberculosis infection. TST has several disadvantages. Cross-reactivity with non tuberculosis mycobacteria (NTM) and – for HCW even more important – the cross reactivity with the Bacille Calmette-Guerin (BCG) vaccine are responsible for the low specificity of the TST. In some countries that had ceased BCG vaccination in the general population, HCW are still vaccinated because they are considered a TB risk group. Therefore, BCG vaccination has a profound impact on TST results in HCW population. To the reduction in specificity caused by cross-reaction with BCG and NTM, repeated intradermal application of the tuberculin might result in an unwanted stimulation of the immune system of

the HCW further lowering the specificity of the TST in HCW screening. Prevalence of tuberculosis (TB) among HCW and particular the prevalence of TB among HCW in Ukraine tends to decrease resulting from constant medical surveillance of medical workers. Persons with latent tuberculosis infection are a reservoir for the development of tuberculosis. Implementation of targeted TB screening in groups with higher risk of exposure, such as HCW, contributes significantly to effective TB control.

The aim of this work was to compare the results of the TST and the test with tuberculosis recombinant allergen (ATR) among HCW of anti-tuberculosis medical centers for timely diagnosis of latent tuberculosis infection. Both tests were performed intradermally on different arms with estimation of resultant induration 72 hours later. Investigation was performed for the state recourses.

Materials and methods. With the test of ATR and TST 25 medical workers were examined at employees, among them - women 84%, men - 16%, of physicians – 52%, senior and junior nurses - 48% of the length of service from 1 to 38 years.

Results. Among the 25 surveyed TST was positive in 84%. Test with ATR was negative in 64 % of cases, positive – in 36% of persons. Among persons with positive result of ATR period of work less ten years had 16 %, more ten years – 20 %. Hyperpositive result of test with ATR was observed at 4 persons. General reactions on TST and test with ATR were absent. Single person with hyperpositive result of ATR had local skin itching, inflammation in local lymph nodes and local lymph vessels. Low results of more sensitive skin test with ATR are significantly limited contingent for special diagnostic and preventive measures. All HCW were examined with chest X-Ray annually. Nobody had TB with negative result of ATR. TB was diagnosed in 1 employee with hyperpositive result of ATR skin test with after careful diagnostic measures.

Conclusions. Test with ATR is more sensitive for diagnostic of TB infection among the HCW and recommended in the intermediate period between radiographic studies to improve diagnosis of TB among employees at risk.

НЕФРОПАТІЯ ПРИ СИСТЕМНІЙ СКЛЕРОДЕРМІЇ: РЕЗУЛЬТАТИ П'ЯТИРІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Курята О.В.[1], Лисунець Т.К.[2], Караванська І.Л.[1], Мітрохіна О.С.[1], Семенов В.В.[1]

[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології

[2]КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Введення. Системна склеродермія (ССД) – прогресуюче полісиндромне захворювання нез'ясованої етіології, що супроводжується хронічним запаленням і розвитком склерозу і приводить до порушення мікроциркуляції. Прогноз хвороби багато в чому визначає ураження нирок, яке є причиною смерті у 50% пацієнтів.

Мета. Оцінка ризику розвитку та особливостей перебігу нефропатії у хворих на системну склеродермію.

Методи. Проведене 5-тирічне проспективне спостереження за хворими ССД, що знаходяться у регіональному реєстрі. Досліджені дані 139 пацієнтів з ССД (5 чоловіків і 134 жінки). Максимальна тривалість спостереження – 21 рік. З них був відібраний 81 пацієнт (3 чоловіки та 78 жінок) у середньому віці 44,9 ± 11,0 років, з середньою давністю захворювання 6,05 ± 3,9 років, яким проводилися регулярні обстеження. Один пацієнт помер, у одного розвинувся хронічний лімфолейкоз. Переважали пацієнти з генералізованою формою ССД – 54 пацієнти (67%), лімітована ССД – у 26 (32%), overlap-синдром – у 1 (1%). В якості маркерів ураження нирок враховувалися розвиток артеріальної гіпертензії (АГ), підвищення сироваткового креатиніну, поява протеїнурії. Пацієнти з гострою склеродермічної ниркою були виключені з дослідження.

Результати. На початку спостереження ознаки нефропатії були виявлені у 34 пацієнтів (42%), через 3 роки - 48 (59%), через 5 років – 56 (69%) обстежених пацієнтів. За 1-й рік спостереження протеїнурія виявлена у 22 пацієнтів (27%), через 3 роки – у 33 пацієнтів (41%), через 5 років – у 43 пацієнтів (53%). АГ на початку дослідження виявлена у 19 пацієнтів (23%), через 3 роки – у 32 пацієнтів (32%), через 5 років – у 31 пацієнта (38%). Середній рівень креатиніну на початку спостереження – 73,4 ± 17,1 мкмоль/л, через 3 роки – 72,2 ± 21,7 мкмоль/л, через 5 років – 68,5 ± 18 мкмоль/л.

У молодих пацієнтів (до 45 років – 39 осіб) ознаки нефропатії визначалися на початку дослідження – у 15 пацієнтів (38%), через 3 роки – у 22 (56%), через 5 років – у 26 (67%). Протеїнурія на першому році – у 12-ти осіб (31%), через 3 роки – у 17 (43%), через 5 років – у 21 (54%). АГ на початку – у 3 пацієнтів (7%),

через 3 роки – у 5 (13%), через 5 років – у 5 (13%). Креатинін на початку – 67,6 ± 17,5 мкмоль/л, через 3 роки – 68,9 ± 23 мкмоль/л, через 5 років – 74,3 ± 12,5 мкмоль/л.

У пацієнтів старше 45 років (41 чоловік) нефропатія на початку дослідження була виявлена у 19 пацієнтів (46%), через 3 роки – у 26 (63%), через 5 років – у 30 (73%). Протеїнурія на початку – у 9 пацієнтів (22%), через 3 роки – у 12 (29%), через 5 років – у 16 (39%). АГ на початку – у 15 пацієнтів (36%), через 3 роки – у 19 (46%), через 5 років – у 21 (51%). Креатинін на початку – 75,8 ± 15,5 мкмоль/л, через 3 роки – 73,9 ± 20 мкмоль/л, через 5 років – 70 ± 10,5 мкмоль/л.

Висновки. Прогноз розвитку нефропатії гірше у пацієнтів з дебютом захворювання в молодому віці. Такі хворі потребують більш агресивного патогенетичного лікування. Найбільш надійна прогностична ознака – поява протеїнурії.

ОБНАРУЖЕНИЯ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК

Кудрявцева В.Е.[1], Винников А.И.[2], Татарчук О.М.[1]
[1] ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск
[2] Днепропетровский национальный университет им. О. Гончара

Цель исследования: оптимизировать методы обнаружения нейтрофильных внеклеточных ловушек в периферической крови.

Методы исследования. Взвесь нейтрофилов получали, используя 5,0 мл гепаринизированной (10-15 ЕД/мл гепарина) периферической венозной крови, которую с целью осаждения эритроцитов отстаивали в стерильной пробирке при температуре +37°С в течение 30 минут. Нейтрофилы выделяют из лейкоцитарной взвеси на двойном градиенте плотности стерильных растворов фиколла-верографина. Плотность верхнего слоя градиента составляет 1,077, а нижнего – 1,099. Полученную взвесь клеток инкубировали при температуре +37°С в течение 30 минут в присутствии 0,1 мл взвеси суточной культуры контрольных штаммов S. aureus, E. coli. Для контроля используют взвесь нейтрофилов, инкубируемых в тех же условиях, но без активаторов. Затем материал фиксируется 96%-ным этиловым спиртом и окрашивается акридиновым оранжевым. Учет проводили с помощью люминесцентной микроскопии, используя фильтры, обеспечивающие возбуждающий свет с длиной волны не более 490 нм, и эмиссию с длиной волны 520 нм.

Полученные результаты. В последнее время знание об иммунологическом репертуаре нейтрофилов значительно расширилось. Были обоснованы представления о важной роли бактерицидных продуктов, выделяемых этими клетками

наружу, в противомикробной защите. Однако до сих пор четких представлений о формировании нейтрофилами внеклеточных ловушек нет. Нет и стандартизированных методов их обнаружения. В ходе работы мы определили влияние E. coli, S. aureus на формирование внеклеточных ловушек нейтрофилами. Установили оптимальные условия инкубации нейтрофилов для их активации и формирования нейтрофильных ловушек in vitro. Инкубировали 40мин., 3часа, 24часа и 48часов. Установлено, что оптимальное время инкубации составляет 40 минут, а температура 37°С. Полученные данные свидетельствуют о том, что образование нейтрофильных внеклеточных ловушек индуцируется микроорганизмами. При этом данный феномен наблюдается только у нейтрофилов, выделенных из периферической крови на двойном градиенте фиколла-верографина.

Выводы. Наиболее сильным индуктором нейтрофильных внеклеточных ловушек являются S. aureus. Оптимальное время инкубации нейтрофилов, выделенных из периферической крови на двойном градиенте плотности фиколла-верографина с различными микроорганизмами, составляет 40 минут. При окраске акридиновым оранжевым и люминесцентной микроскопии ядра нейтрофилов окрашиваются в ярко-зеленый цвет, цитоплазма гранулоцитов не окрашивается, нейтрофильные ловушки представлены тонкими ярко-зелеными нитями, а бактерии-активаторы имеют ярко-оранжевый цвет. Простой метод определения нейтрофильных внеклеточных ловушек можно будет использовать для более полного анализа функционального статуса нейтрофилов.

ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Найдёнова Е.В.
Одесский национальный медицинский университет

Цель – сравнить частоту и характеристики табакокурения (ТК) у студентов первых и старших курсов ВУЗов, его влияние на уровень тревоги и депрессии.

Материалы и методы: опрошено 328 студента (девушек – 228, юношей – 100), из них I курс – 171 студент, V–VI курсы – 157 студентов, с помощью специально разработанной анкеты (анамнез, количественные и качественные характеристики ТК). Для оценки степени никотиновой зависимости (НЗ) использовали тест Фаргерстрема, для определения уровня тревоги и депрессии – госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Активными курильщиками (курят ежедневно) являются 74 (22,6%) опрошенных, из них: на первом курсе – 28 (16,4%), старших курсах – 46

(29,3%) студентов. За время обучения в ВУЗе число курильщиков увеличилось на 60,9 %. Среди опрошенных экс – курильщиками являются 29 студентов, из них 80 % – девушки.

На I курсе частота ТК среди юношей составила 27,6%, среди девушек – 10,6%, на старших курсах – 40,5% и 20% соответственно. Следовательно, частота ТК среди юношей выросла в 1,5 раза, а среди девушек – в 1,9 раза.

На I курсе юноши выкуривают 7,3, девушки – 5,2 сигарет/день. На старших курсах юноши – 16,1, девушки – 7,7 сигарет/день. Степень НЗ выше у старшекурсников (таб. 1).

Попытки бросить курить были у 60,7% курящих первокурсников и 65,2% старшекурсников, чаще среди девушек независимо от курса. Желание бросить курить выше среди студентов старших курсов (43,5%) по сравнению с первокурсниками (28,6%), однако готовность отказаться от ТК в ближайшее время – низкая (< 10 %).

Таблица 1.

Степень никотиновой зависимости среди студентов ВУЗов

Степень НЗ	I курс			IIкурс		
	Юноши, n = 16	Девушки, n = 11	Всего, n = 28	Юноши n = 20	девушки n = 26	Всего, n = 46
Низкая	11	7	17 (60,7%)	3	18	21 (45,7%)
Средняя	2	4	6 (21,4%)	8	5	13 (28,3%)
Высокая	3	1	4 (14,3%)	9	3	12 (26,1%)

Среди причин начала курения 38 (51,5%) курящих студентов указали стресс, «от скуки» - 15 (20,3%), «ради интереса» – 14 (18,9%), под влиянием компании – 5 (5,4%), «понравиться противоположному полу» – 2 (2,7%). Клинически выраженная тревога выявлена у 21,6% курящих и 9,2% некурящих студентов ($p<0,05$), депрессия – у 5,4% и 3,2% ($p>0,05$) соответственно.

Выводы:

1. Эпидемиологическая обстановка по ТК среди юношей за период обучения в ВУЗе характеризуется ростом частоты ТК в 1,5 раза, интенсивности – в 2,2 раза, степени НЗ – в 2,4 раза, а так же низким процентом желающих отказаться от ТК (37,5%).

2. Эпидемиологическая обстановка по ТК среди девушек отличается ростом ТК в 2 раза, интенсивности – в 1.5 раза, степени НЗ в 2,6 раза и большим количество желающих бросить курить (62,5%).

3. ТК родителей является достоверным фактором риска начала курения у детей.

4. Клинически выраженные тревога и депрессия в 2 раза чаще встречается у курящих студентов, чем у некурящих.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ

Маргитич С.В., Максаков Д.Н.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Под наблюдением находилось 28 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет, страдающих крапивницей в течение 3-7 лет. Больные были разделены на 2 группы: опытная – 12 пациентов, получавших левоцетиризин в дозе 5 мг/сут. в течение 10 дней; контрольная – 16 пациентов, получавших плацебо.

Анализировали выраженность клинических симптомов: кожный зуд и наличие уртикарных высыпаний. Оценку проводили по 4 – балльной шкале (0 – отсутствуют, 1 – лёгкие, 2 – умеренные, 3 – выраженные). До приёма утренней дозы пациенты давали непосредственную оценку симптомам, отражающим эффект применения левоцетиризина. Выраженность симптомов оценивалась также утром и вечером, исследовалась динамика содержания эозинофилов, IgE общего в крови, в течение 10 – дневного курса лечения.

Получено, что среднее значение суммарного индекса выраженности симптомов по сравнению с исходным для плацебо составляет – 13%, на фоне приема левоцетиризина – 28%.

Таким образом, группа больных, получивших левоцетиризин значительно превосходит по эффективности плацебо и уменьшает статистически достоверно ($P<0,0001$) симптомы крапивницы.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК

Прокопчук Ю.В., Ковальчук Л.И., Марченко В.М.
Одесский национальный медицинский университет
КУ Городская клиническая больница № 10

Хроническое заболевание почек является проблемой общественного здоровья во всем мире, при этом наблюдается увеличение частоты и распространенности почечной недостаточности, которая имеет неудовлетворительные исходы

и требует высоких расходов. Накопившиеся за последние десятилетие свидетельства указывают, что неблагоприятные исходы хронического заболевания почек, такие как почечная недостаточность, сердечно-сосудистая патология и преждевременная смерть, можно предотвратить или отстрочить. Начало коррекции факторов риска сердечно-сосудистой патологии на ранних стадиях хронического заболевания почек, по-видимому, эффективно в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений как до, так и после наступления почечной недостаточности.

Используя определения и стадии хронического заболевания почек можно дать приблизительную оценку распространенности каждой стадии среди взрослого населения по Третьему Национальному Исследованию Здоровья и Питания (NHANES III). В Одессе по данным реестра за 2014 год зарегистрировано 34297 (впервые выявленные 2462) больных с хронической болезнью почек, из них: диабетическая нефропатия – 2463, хронический гломерулонефрит – 586, гипертензивная нефропатия – 1468, хронический пиелонефрит – 27339, поликистоз почек – 352, другие заболевания – 2089.

Хроническое заболевание почек это проблема для общественного здоровья во всем мире, возрастает частота и распространенность почечной недостаточности, ее исходы неудовлетворительны, а цена высока. Частота и распространенность конечной стадии заболевания почек (end-stage renal disease -ESRD) удвоилась за последние 10 лет, и ожидается их дальнейший рост в будущем. Пациенты с хроническим заболеванием почек должны рассматриваться как «группа наивысшего риска» развития эпизодов сердечно-сосудистой патологии. Повышенный риск сердечно-сосудистой патологии обусловлен, в частности, высокой распространенностью условий и состояний, известных как факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии в общей популяции («традиционные факторы риска»), и гемодинамическими и метаболическими факторами, характеризующими хроническое заболевание почек. Сердечно-сосудистая патология является ведущей причиной смерти у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью. После коррекции на возраст, пол, расу и наличие диабета смертность от сердечно-сосудистой патологии у этих пациентов намного выше, чем в общей популяции. Повышенная смертность также наблюдается и среди реципиентов почечного трансплантата, несмотря на предшествующий отбор для трансплантации пациентов без сердечно-сосудистой патологии.

Исторически сложилось, что обследование и лечение хронического заболевания почек фокусировалось на диагностике и лечение специфических почечных заболеваний, а также на диализе и трансплантации при почечной недостаточности. За последние десятилетия накопились доказательства того, что

неблагоприятные исходы хронического заболевания почек можно предотвратить или отстрочить соответствующими вмешательствами на ранних стадиях, независимо от его причины.

Артериальная гипертензия может быть как причиной, так и следствием хронического заболевания почек. Неблагоприятные последствия артериальной гипертензии при хроническом заболевании почек включает в себя ускорение потери почечной функции и развитие сердечно-сосудистой патологии. Адекватное обследование и лечение больных с артериальной гипертензией остается важнейшим компонентом помощи пациентам с хроническим заболеванием почек. За последние несколько лет частота артериальной гипертензии, как причины терминальной хронической почечной недостаточности возрастала на 10% в год, а сердечно-сосудистая патология стала главной причиной летальных исходов при ESRD. Отчасти это обусловлено неадекватным контролем за артериальным давлением у пациентов с хроническим заболеванием почек. Артериальная гипертензия – хорошо описанное осложнение хронического заболевания почек. Распространенность артериальной гипертензии среди пациентов на гемодиализе составляет примерно 80%, на перитонеальном диализе – 50%. У пациентов с ранними стадиями заболевания почек артериальная гипертензия также широко распространенна, колеблясь в зависимости от таких характеристик, как течение заболевания почек и уровень функции почек. В общей популяции существует тесная связь уровня артериального давления с общей смертностью, а также фатальной и нефатальной сердечно-сосудистой патологией. Оптимальный уровень систолического и диастолического давления определен как менее 120 и 80 мм рт. ст., соответственно. Для пациентов с хроническим заболеванием почек также имеются убедительные доказательства связи между повышенным уровнем артериального давления и риском сердечно-сосудистой патологии. Кроме того, высокое артериальное давление связано с большей скоростью снижения почечной функции и риском развития почечной недостаточности.

Лечение артериальной гипертензии при хроническом заболевании почек должно включать в себя выбор целевого значения артериального давления, нефармакологическую терапию и специфические гипотензивные препараты, для предотвращения прогрессирования заболевания почек и развитие сердечно-сосудистой патологии у данной категории пациентов. Для лечения мы используем препараты основной группы ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, причем дозы препарата корригируются в зависимости от СКФ (скорость клубочковой фильтрации) и стадии заболевания почек. Ингибиторы АПФ оказывают выраженное нефропротектерное действие у лиц с заболеваниями почек и артериальной гипертензией. Основной механизм защиты почек при лечении

ингибиторами АПФ – снижение системного артериального давления, снижения давления в капиллярах клубочков и уменьшение проницаемости мембраны клубочков. В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов повышение содержания креатинина на ≥50% или повышение его уровня >265 ммоль/л требует отмены ингибиторов АПФ. Появление гиперкалиемии (содержание калия в плазме >6,0 ммоль/л) то же является фактором отмены препарата. Также применяем группу блокаторов рецепторов ангиотензина II (АТ1-блокаторы), которые как показывает практика, не нуждаются в тщательном титровании дозы.

При стойких и редких формах артериальной гипертензии предпочтение отдается препаратам, которые в меньшей степени влияют на функцию почек. В качестве препарата для комбинированного лечения нами используется группа прямых ингибиторов ренина (Алискирен), который уменьшая активность ренина плазмы, оказывает кардио- и нефропротектерный эффект.

В комплексном лечении больных нефрогенной артериальной гипертензией, в зависимости от стадии хронической болезни почек возможно использование преформированных физических факторов. Для улучшения переносимости медикаментозной терапии и уменьшения побочного действия лекарственных препаратов. В частности методика внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), с частотой 5 – 7 сеансов, длительностью от 20 до 50 минут.

Таким образом, несмотря на достаточно большое количество препаратов предложенных для лечения артериальной гипертензии у пациентов с хронической болезнью почек еще не прошел клиническое испытание препарат, который бы оказывал антифибротическое действие и использовался для лечения и торможение процессов нефросклероза.

ОСОБЛИВОСТІ АДГЕЗІЙНОЇ АКТИВНОСТІ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Яковлєва В.Г.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра факультетської терапії та ендокринології

Відомо, що у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), порушення гемостазу зустрічаються у 35–52% випадків (Меренкова Е.А., 2006; Добрянський Д.В., 2011). Провідну роль у цьому процесі відіграють порушення тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу, які зустрічаються як під час загострення патологічного процесу, так і у стабільну фазу захворювання. Порушення вентиляційної функції легень у хворих на

ХОЗЛ призводить до розвитку гіпоксії, яка активує процеси оксидантного стресу, що, зрештою, стимулює посилення адгезії лейкоцитів і тромбоцитів до судинного ендотелію (Verma S., 2002). Процес адгезії тромбоцитів до судинної стінки, який є початковим етапом агрегаційного каскаду та визначає подальший процес згортання крові, у хворих на ХОЗЛ є маловивченим.

Отже, метою нашого дослідження було вивчити характер і особливості адгезійних властивостей тромбоцитів у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 34 хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу захворювання (середній вік – 64,5±9,4 роки; чоловіків було 29 (85,3%), жінок – 5 (14,7%)), які склали основну групу. У залежності від виразності вентиляційних порушень усі хворі були розподілені на 2 підгрупи. До підгрупи 1 увійшло 20 осіб з нетяжкою бронхообструкцією, тобто з рівнем об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) у пост-пробі більш як 50% належної величини (ОФВ1=62,4±10,7% належн.), чоловіків було 17 (85,0%), жінок – 3 (15,0%), середній вік склав 63,6±9,2 роки; базисна терапія проводилась згідно із стадією захворювання (β2-адреноміметик тривалої дії та/або холінолітик тривалої дії та короткодіючий β2-адреноміметик за потребою). До підгрупи 2 увійшло 14 хворих з тяжкою бронхообструкцією, тобто з рівнем ОФВ1 у пост-пробі менш як 50% належної величини (ОФВ1=35,8±9,4% належн.), чоловіків було 12 (85,7%), жінок – 2 (14,3%), середній вік склав 65,3±10,8 років; пацієнти отримували інгаляційний глюкокортикостероїд (ІГКС) та β2-адреноміметик тривалої дії та/або холінолітик тривалої дії, а також короткодіючий β2-адреноміметик за потребою. До контрольної групи увійшло 10 практично здорових осіб, співставимих за віком та статтю. Для оцінки адгезійних властивостей тромбоцитів усім обстеженим був визначений індекс адгезійності тромбоцитів (ІАТ).

Результати. Рівень показника ІАТ у хворих основної групи (41,5±14,8%) не відрізнявся від рівня показника у осіб контрольної групи (30,5±2,8%) ($p>0,05$). Проте, у хворих підгрупи 1 рівень показника ІАТ (51,6±11,1%) був достовірно вищим за рівень показника хворих як підгрупи 2 (28,1±5,7%), так і контрольної групи ($p<0,05$), що вказує на схильність тромбоцитів до підвищеної адгезійної активності у цих пацієнтів. Рівень ІАТ у хворих підгрупи 2 був ідентичний показнику хворих контрольної групи ($p>0,05$).

Висновки. У хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу захворювання вже на ранньому етапі формування патологічного процесу розвивається гіперадгезія тромбоцитів. У хворих з більш виразною бронхообструкцією спостерігається певне покращення адгезійної функції тромбоцитів, що може бути зумовленим дією ІГКС, які застосовуються цією категорією хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕРХ У ХВОРИХ НА ІХС, ЩО ОТРИМУЮТЬ НІТРАТИ

Степанов Ю.М., Косинська С.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра гастроентерології та терапії ФПО

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) часто поєднується з патологією інших органів та систем. Відомий її зв'язок з пульмонологічними захворюваннями, ожирінням, цукровим діабетом. Також ряд препаратів спазмолітичної дії можуть чинити послаблюючий ефект на шлунково-стравохідний сфінктер.

Мета: оцінити прояви ГЕРХ та особливості її лікування у хворих на ІХС, що отримують нітрати.

Матеріали та методи. Амбулаторно досліджено 11 хворих, що мали ІХС, пред'являли рефлюксні скарги. Хворі із стабільною стенокардією, отримували терапію аспірином, статинами, бета-блокаторами та нітратами. З них 6 отримували нітрати за потребою, 5 – в постійному режимі. 8 хворих також мали артеріальну гіпертензію та отримували антигіпертензивну терапію (інгібітори АПФ, сартани, амлодипін, сечогінні).

Проводилось комплексне клінічне, лабораторно-інтсрументальне дослідження цих хворих. Проведення ендоскопії або зондових досліджень таким хворим проводиться по життєвим показанням, оскільки ендоскопія може спровокувати напади стенокардії, тому хворим для оцінки рефлюксу проводили рентгенологічне дослідження. Для оцінки хелікобактеріозу проводили неінвазивні тести – стул-тест на Нр. Ефективність лікування оцінювалась в процесі спостереження.

Результати. Скарги на печію відмічались у 9 з 11 (81,8%), відрижку – у 11 (100%), болі в епігастрії – у 4 (36,4%). Порушень ковтання не було. Складніше оцінити болі за грудниною – вони мали місце у 6 (54,5%) хворих, такі болі можуть бути повязані з ІХС, а можуть бути проявом ГЕРХ. Проте у хворих на ГЕРХ нітрати погіршують больовий синдром, а при переважанні ішемії серця – зменшують. Для диференціації показаний моніторинг pH та ЕКГ, проте технічно це не завжди можливо. Ожиріння, яке впливає на ГЕРХ, виявлялось у 7 (63,6%), з ІМТ – 29,4±3,8 кг/м2.

При рентгенологічному обстеженні у всіх хворих виявлено шлунково-стравохідний рефлюкс, у 2 (18,2%) – ще й ознаки кили стравохідного отвору діафрагми I ст.

З особливостей ведення таких хворих треба відмітити ризики призначення прокінетичних засобів, що можуть впливати на інтервал QT. Тому основним

препаратом для лікування даної категорії хворих є інгібітор протонної помпи (ІПП). Оскільки для тривалого призначення ІПП необхідні негативні результати по Нр-інфекції, то хворим (4 особи, 36,4%) з наявністю позитивних тестів на Нр проводились ерадикаційна терапія. На фоні прийому кардіологічних засобів оптимальним вибором серед ІПП є пантопразол, що найменше впливає на систему цитохрому Р450. Тому усім хворим призначався пантопразол 40 мг х 1 р. добу, зранку, за 30 хвилин до прийому їжі, на протязі 6-8 тижнів.

Також пошкоджуючим фактором може бути прийом аспірину, що викликає НПЗП-пошкодження, тому також показані ІПП. Для швидкого антисекреторного ефекту та місцевого захисту слизової додавали альгінат 10 мл х 4 рази .

На фоні лікування стан покращився в більшості хворих, печія пройшла в 100%, в середньому на 4,3±0,9 день. Болі купіровані частково, у 5 (45,5%) хворих, у решти – зменшились. Залишалась відрижка у 2 (18,2%).

Висновки: ГЕРХ у хворих на ІХС може бути пов'язана з прийомом нітратів, що послаблюють шлунково-стравохідний сфінктер. Для лікування доцільно призначення пантопразолу, з ерадикацією Нр при необхідності. Призначення прокінетиків недоцільно через можливі побічні ефекти.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ.

Колесник Т.В., Надюк А.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета: вивчити особливості когнітивних функцій (КФ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в залежності від стадії.

Матеріали та методи: У дослідження було включено 33 хворих на ГХ, яких в залежності від стадії захворювання розподілили на дві групи: І група - 16 хворих на ГХ ІІ ст., ІІ група – 17 осіб з ГХ ІІІ ст., із них 8 осіб, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), 9 осіб з гострим інфарктом міокарду (ГІМ) в анамнезі, та 2 особи, що перенесли і ГПМК, і ГІМ. Середній вік по групах склав: у І – 64,56±7,37, у ІІ – 63,41±9,05 років. Стаж ГБ дорівнював 16,00±10,71 та 18,53±14,57 відповідно по групах. Рівень артеріального тиску (АТ) у І групі склав: систолічний АТ (САТ) 143,13±18,88 та діастолічний АТ (ДАТ) 84,06±11,86 мм рт.ст., у ІІ групі - САТ та ДАТ складав 140,00±20,99 та 81,76±8,83 мм.рт.ст. відповідно. Індекс маси тіла у І групі відповідав значенню 32,82±5,11 та 32,71±5,05 кг/м2 – у ІІ групі. За даними показниками достовірної різниці між групами не було встановлено.

Особливості КФ оцінювались за: Монреальскою шкалою когнитивної оцінки (МОСА–тестом), тестом малювання годинника (ТМГ) та шкалою Mini-Mental State Examination (MMSE–тестом). За даними МОСА-тесту сума балів ≥26 вважали варіантом норми. Відсутність змін КФ за ТМГ вважали 10 балів, <10 балів розцінювали як показник зниження КФ. Для оцінки результатів MMSE-тесту використовували шкалу із п'яти значень: 28–30 балів – норма, 24–27 балів – предметні когнітивні порушення, 20–23 балів – деменція легкого ступеню, 11–19 балів – деменція помірного ступеню, 0–10 балів – тяжка деменція.

Результати: Згідно проведеного тестування за даними МОСА-тесту було встановлено зниження КФ в обох групах: сума балів в середньому в I групі склала 21,44±3,50 та була більшою в порівнянні з II групою - 15,76±5,44 балів. Різниця між групами склала 26,49% ($p<0,001$).

Нормальні показники ТМГ в I групі виявлені у 3-х хворих (18,75%) і лише у 1 хворого (5,88%) в II групі. В середньому по групах ТМГ склав 7,69±2,20 і 5,76±2,25 балів відповідно, з різницею у 25,10% ($p<0,05$) між групами.

Згідно результатам тесту MMSE у хворих I групи нормальні показники виявлено у 7 осіб (43,75%), а в середньому по групі сума балів склала 26,44±2,16, що відповідає рівню предметних когнітивних порушень. У хворих II групи данні MMSE-тесту відповідали рівню деменції легкого ступеня (23,76±4,37), а нормальний рівень КФ виявлений тільки у 1 пацієнта (5,88%) серед обстежених цієї групи. Різниця в наявності порушень КФ між групами склала 10,14% ($p<0,05$).

Висновки: Отримані данні свідчать, що у хворих на ГХ II стадії виявлені порушення КФ, але у хворих на ГХ після перенесених ГПМК та ГІМ значно підвищується ступінь порушень КФ, що вказує на необхідність проведення тестування з оцінки КФ вже на ранніх стадіях ГХ й доцільність обов'язкового визначення наявності та ступеню порушень КФ при ГХ III стадії для своєчасної корекції.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В БАЛЛАХ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Карапетян К.Г., Гейченко В.П., Соя Е.В.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии №1 и профпатологии

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается актуальной проблемой внутренней медицины. Изучение клинического состояния больного с ХСН и его динамики требует не только и не столько оценки отдельных симптомов, но и интегральной характеристики.

Для объективной оценки выраженности ХСН предлагаются различные шкалы. С целью определения эффективности работы шкалы оценки, предложенной Л.А. Лещинским в модификации С.С. Короленко, мы обследовали 45 (25 мужчин, 20 женщин) больных с ревматическими пороками сердца с минимальной степенью активности воспалительного процесса, причиной обращения которых к врачу была ХСН. Пациенты были разделены на 2 группы – ХСН 1-2 а (25 больных, средний возраст 40,5+2,3 лет) стадии и ХСН 2б-3 стадии (20 больных, средний возраст 47,3+1,6 лет). Оценка состояния проводилась до и после 14 дней лечения.

Оценка выраженности осуществлялась по следующим позициям: 1.Одышка. 2.Цианоз. 3.Число сердечных сокращений. 4. Дефицит пульса. 5.Отеки. 6. Размеры печени. 7.Суточный диурез. 8. Масса тела.

Первые 4 позиции оценивались от 1 до 4 баллов, две последних – от 1 до 3 баллов.

Баллы суммировались, полученный результат отражал тяжесть ХСН. Разность сумм до и после лечения показывала его эффективность.

Полученные результаты приведены в таблице.

Стадия ХСН	Количество пациентов	Оценка клинического состояния в баллах		Разность оценок клинического состояния в баллах
		До лечения	После лечения	
ХСН 1-2 а	25	11,46+0,37*	9,12+0,19**	2,38+0,29***
ХСН 2б-3	20	15,69+0,61*	11,0+0,51**	4,63+0,55***

* P1 – достоверность различия между группами до лечения < 0,05

** P2 – достоверность различия между оценками группы до и после лечения < 0,05

*** P3 – достоверность различия между разностями оценок групп < 0,05

Полученные результаты дают основание считать, что предложенный метод оценивания больных с ХСН хорошо дифференцирует пациентов с различной выраженностью синдрома. Достоверное различие показателей до и после лечения демонстрирует способность метода отражать динамику клинического состояния пациентов. Эффективность терапии находит свое отражение в показателе «разность оценок клинического состояния».

Таким образом, метод может использоваться в качестве интегральной оценки выраженности ХСН.

В последующих публикациях мы покажем независимость метода от этиологии ХСН.

ОЦІНКА ДИНАМІКИ МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Ільюк І.А., Токарчук О.О.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
Кафедра внутрішньої медицини № 2

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одне з обтяжливих захворювань із погляду інвалідності та економічних витрат, друге за розповсюдженістю інфекційне захворювання у світі, посідає четверте місце в структурі смертності [Фещенко Ю. І., 2014]. Мета дослідження: оцінити динаміку маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ при лікуванні комбінованим препаратом сальметеролу флютиконазону пропіонату («Серетид дискус»).

Методи дослідження: обстежено 20 хворих на ХОЗЛ IV стадії, група ризику D, стадія клінічної стабілізації (жінок – 4 (20%), чоловіків – 16 (80%)). Середній вік хворих склав 61,3 ± 2,2 років. Середній стаж ХОЗЛ – 13,0 ± 1,5 роки. Індекс паління дорівнював 23,5 ± 1,8 пачко-років. На амбулаторному етапі пацієнти користувались бронходилятаторами короткої дії та бронхолітиками тривалої дії (як правило нерегулярно). Пацієнтам, після обстеження, призначалась базисна терапія – комбінований препарат серетід 50/500 мкг по 2 інгаляції 2 раза на день. Проводилась оцінка динаміки показників функції зовнішнього дихання (об'єм форсованого видиху за 1-у секунду (ОФВ1), форсована життєва ємність легень (ФЖЕЛ), маркерів системного запалення (С-реактивний белок (СРБ), фібриноген, гомоцистеін, прокальцитонін), анкетних методів (шкала COPD Assessment Test-CAT) через 1, 6 місяців лікування.

Отримані результати. До початку лікування ОФВ1 дорівнювався 23,30 ± 0,58 % від належних величин, ФЖЕЛ – 48,3 ± 0,91 %. СРБ складав 8,11 мг/л,

фібриноген – 6,08 г/л, гомоцистеїн – 18,12 ± 1,06 мкмоль/л, прокальцитонін – 0,086 ± 0,005 нг/мл. Результати дослідження показали, що через 1 місяць лікування показник ОФВ1 збільшився на 1,29% проти вихідних даних (p>0,05), а ФЖЕЛ – на 8,07% (p<0,05), СРБ достовірно знизився на 40,5%, фібриноген – на 38,6%, гомоцистеїн – на 39,9% проти початкового рівня (p<0,05). Але прокальцитонін збільшився на 2,3% (p>0,05), залишаючись в межах норми. САТ зменшився в балах на 3% (p>0,01). Через 6 місяців лікування ми спостерігали подальшу позитивну динаміку покращання досліджуемих показників.ОФВ1 збільшився вже на 9,14%, а ФЖЕЛ – на 22,9% (p<0,05) порівняно з початковими даними, СРБ продовжував достовірно знижатись на 82,7%, гомоцистеїн – на 67,1%, фібриноген – на 55,2% (p<0,05) порівняно з вихідним рівнем. Спостерігалось також достовірне зниження прокальцитоніну на 18,6% (p<0,01). САТ зменшився в балах на 13,9% (p<0,01).

Висновки. В теперішній час оцінка біологічних маркерів стала новим інструментом ведення хворих на ХОЗЛ, що дозволяє прогнозувати перебіг хвороби та її прогноз, оцінювати ефективність призначеного лікування. Терапія із застосуванням комбінованого препарату «Серетид дискус» дозволила досягти позитивного клінічного ефекту з достовірним покращанням показників функції зовнішнього дихання та маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ, що сприятиме зменшенню кількості загострень захворювання та поліпшенню якості життя пацієнтів.

ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ілляш М.Г., Базика О.Є., Старшова О.С., Яринкіна О.А., Довганич Н.В., Тхор Н.В., Шевченко Т.Л., Деяк С.І., Короткоручко О.Ю.
ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України

Мета дослідження: вивчити ефективність лікування вітчизняними та імпортними антигіпертензивними препаратами (іАПФ) у хворих на ГХ II стадії та порівняти їх фармакоекономічні показники при проведенні фармакотерапії у пацієнтів, що проходили лікування в ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН в 2011-2014 рр

Методи дослідження: бібліографічний, семантичний, системного підходу, статистичний.

Отримані результати. В дослідження включали пацієнтів з гіпертонічною хворобою II ст. та з помірним рівнем підвищення артеріального тиску (до 180–

190\100–110 мм рт. ст.). Проведено аналіз 7100 медичних карт амбулаторних хворих, серед яких було 2965 пацієнтів з підвищеним АТ, відібрано 948 з неускладненою ГХ II ст., з них 235 (92 чоловіки та 143 жінки), які приймали іАПФ каптоприл, еналаприл, лізиноприл або їх комбінацію з гідрохлортіазидом (ГХТ) вітчизняних виробників на тлі комплексної антигіпертензивної терапії 30 або більше днів (в-блокатори, антагоністи кальцію, сечогінні). Прихильність до лікування іАПФ вітчизняного виробництва складала 24,8 %.

На поліклінічному етапі в 2009-2014 роках хворі на ГХ II ст. лікувались переважно відчизняними іАПФ. Найчастіше призначали комбіновану терапію лізиноприлом з ГХТ (28,1 %) та еналаприлом з ГХТ (26,8 %). Монотерапія еналаприлом застосовувалась в 17,8 %, лізиноприлом – 10,7 % випадків. Каптоприлом з ГХТ лікувались 11,5 %, а каптоприлом – 5,1 % хворих. Прихильність до лікування іАПФ вітчизняного виробництва складала 24,8 %. Всі пацієнти були з помірною АГ (середній рівень САТоф. (160,2±1,0) та ДАТоф. – (92,4±1,1) мм рт.ст.). Середній вік хворих був (61,6±2,5) років. Тривалість ГХ становила в середньому (8,2±1,2) років.

Висновки: На поліклінічному етапі в 2009-2014 роках хворі на ГХ II ст. лікувались переважно відчизняними іАПФ. Найчастіше призначали комбіновану терапію лізиноприлом з ГХТ (28,1 %) та еналаприлом з ГХТ (26,8 %).

Монотерапія еналаприлом застосовувалась в 17,8 %, лізіноприлом – в 10,7 %, каптоприлом з ГХТ лікувались 11,5 %, а лізиноприлом - 5,1 % хворих. Прихильність до лікування іАПФ вітчизняного виробництва складала 24,8 %.

Ефективність відчизняних іАПФ лізиноприлу та еналаприлу становила відповідно 68,0 та 40,4 %. Комбінація препаратів з ГХТ збільшувала ефективність до 89,3 та 82,5 % відповідно.

Ефективність комбінованого лікування ГХ II ст. еналаприлом з ГХТ та лізіноприлом з ГХТ вітчизняного виробництва була зіставна з аналогічними препаратами імпортного виробництва щодо зниження АТ.

З позицій фармакоекономічної ефективності в амбулаторних умовах оптимальною виявилась комбінована терапія еналаприлом з ГХТ та лізиноприлом вітчизняного виробництва.

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Ільюк І. А., Коробко О. А., Степанюк Т.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини № 2

Пневмонія є найбільш поширеною хворобою людини, яка і в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою (Фещенко Ю.І. та співавт., 2013).

Робота присвячена проблемі покращання ефективності лікування хворих на негоспітальну пневмонію (НП) шляхом включення в комплекс лікувальних заходів метаболічного коректора тіотриазоліну та вивчення динаміки показників ендогенної інтоксикації та адаптаційних реакцій організму при даній патології.

Обстежено 120 хворих на НП третьої групи. Середній вік обстежених дорівнював 56,4 років. Контрольну групу склали 50 (41,6%) пацієнтів, які отримували традиційну терапію (антибіотики, муколітики). Відповідно, в основну групу увійшли 70 (58,4%) хворих, котрим поряд із базисною терапією додатково призначали тіотриазолін. Групи були репрезентативні за віком, статтю, важкістю клінічного перебігу. Клінічну ефективність терапії визначали за результатами аналізу комплексу динаміки клініко-лабораторних даних, адаптаційних реакцій організму до лікування, на 3-ю та 10-у добу перебування хворого в стаціонарі та рентгенологічних показників пацієнтів. Клінічно ефективним лікування вважали, якщо після завершення дослідження повністю зникали (одужання) або значно зменшувались (покращання) виразність симптомів та рентгенологічних ознак захворювання.

В основній групі пацієнтів відмічалось достовірне (на 21,4%) зменшення кількості несприятливих реакцій (переактивації, гострого та хронічного стресу) на 3-ю добу госпіталізації ($p<0,01$) та на 5,7% на 10-у добу ($p<0,001$) проти вихідних даних та відповідних показників контрольної групи ($p<0,01$). Наші дослідження показали, що в групі хворих, які додатково отримували тіотриазолін, вже на 3 добу лікування відмічалось достовірне (на 69,9%) збільшення кількості сприятливих реакцій (реакції спокійної та підвищеної активації) ($p<0,05$). На 10 добу фармакотерапії динаміка вище зазначених показників сягала 91,4% ($p<0,01$). В основній групі відмічалась також і вища клінічна ефективність лікування. Зокрема, одужання спостерігалось у 50 осіб (72,0%) основної групи і 30 (60,0%) контрольної групи, покращання – в 20 хворих (28,0%) основної групи та в 20 осіб (40,0%) контрольної.

Таким чином, додаткове призначення тіотразоліну дозволяє достовірно зменшити рівень ендогенної інтоксикації, позитивно впливає на перебіг запального процесу в легенях та призводить до скорочення строків усунення клінічних проявів хвороби та термінів стаціонарного лікування.

ОЦІНКА ЧАСТОТИ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКУ

Степанов Ю.М., Будзак І.Я., Коненко І.С.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра гастроентерології та терапії ФПО
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

Синдром надлишкового бактеріального росту (СНБР) це патологічний стан, при якому має місце підвищення кількості і/або порушення якісного складу мікробної флори в тонкому кишечнику. Серед хвороб кишечнику значна увага сьогодні приділяється хронічним запальних хворобам кишечнику – виразковому коліту (ВК) та хворобі Крона (ХК).

Метою даного дослідження було вивчити частоту СНБР у пацієнтів з хронічними запальними хворобами кишечнику.

Матеріали та методи.

В Інституті гастроентерології НАМН України була проведена оцінка наявності СНБР у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями кишечнику. Для діагностики СНБР був застосований дихальний водневий тест (ДВТ) на газоаналізаторі Gastro+Gastrolyzer. У 30 пацієнтів (16 чоловіків та 14 жінок, вік від 18 до 59 років, середній вік 36,24±1,91 років) був проведений глюкозний ДВТ. У 22 пацієнтів, включених в дослідження, був ВК, у 8 – ХК. Діагноз ВК та ХК був підтверджений за допомогою ендоскопічного та морфологічного дослідження. При проведенні ДВТ заміри водню у повітрі, що видихався, здійснювалися на протязі години після вживання субстрату кожні 15 хвилин – загалом 5 замірів (0. 15, 30, 45, 60 хвилин). Пороговий рівень виділення водню становив 12 ppm

Результати. За результатами дослідження СНБР був виявлений у 12 (54,5%) хворих з ВК та у 4 (50,0%) хворих з ХК. При ВК середнє значення виділення водню складало: 0 хв. – 18,59±5,39, 15 хв. – 17,86±5,96, 30 хв. – 20,18±7,39, 45 хв. – 18,32±8,04, 60 хв. – 17,64±8,09. При ХК середнє значення виділення водню складало: 0 хв. – 16,63±6,00, 15 хв. – 13,88±4,45, 30 хв. – 11,75±3,20, 45 хв. –

11,75±4,40, 60 хв. – 9,63±3,00. Загалом, при хронічних запальних хворобах кишечнику середнє значення виділення водню складало: 0 хв. – 18,07±4,22, 15 хв. – 16,80±4,50, 30 хв. – 17,93±5,49, 45 хв. – 16,57±5,99, 60 хв. – 15,50±5,98.

Отже, середній рівень виділення водню на 60 хвилині склав 15,50±5,98 ppm, що вище нормального порогу. Проте добре помітно, що даний показник є значно вищим при ВК (17,64±8,09 ppm) в порівнянні з ХК (9,63±3,00 ppm). Подібна тенденція спостерігається також у попередні заміри (на 15, 30, 45 хвилинах).

Висновки. Таким чином, при хронічних запальних хворобах кишечнику відзначається тенденція до більшої частоти синдрому надлишкового бактеріального росту, дещо більше у хворих з виразковим колітом в порівнянні з хворобою Крона. Отримані результати дають підґрунтя до більш широкого застосування дихального водневого тесту при хворобах кишечнику, зокрема, при хронічних запальних захворюваннях кишечнику, що дозволить виявляти синдром надлишкового бактеріального росту та проводити його відповідну корекцію.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИЗНАЧЕННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СИРОВАТКИ КРОВІ

Петренко В.І., Процюк Р.Г., Галан І.О., Варченко Ю.А., Бєгоулєв О.Є., Марченко Г.Ф.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Здоров'я людини в значній мірі визначається її харчовим статусом і може бути збережене тільки за умови задоволення фізіологічних потреб в енергії і харчових речовинах. Останнє десятиріччя характеризується соціально-економічною кризою в Державі, що позначилося на стані здоров'я населення, більшість якого перебуває на межі бідності, харчується нераціонально. Основним джерелом амінокислот для живого організму є харчові білки. В залежності від особливостей синтезу амінокислоти, що входять у склад білків, поділяють на замінні і незамінні. Незамінні амінокислоти в організмі людини не синтезуються. Потреба в них забезпечується за рахунок харчових продуктів. Замінні амінокислоти синтезуються в організмі людини з інших амінокислот. У розвитку багатьох патологічних станів організму має значення білкова недостатність, що призводить до зниження рівня амінокислот у крові, або диспропорції між окремими амінокислотами. Наслідками дефіциту амінокислот і білків є дисфункція органів і систем, уповільнене видужання, ослаблення репаративних процесів, анемія, зниження опірності організму.

Мета дослідження: визначення вмісту замінних і незамінних амінокислот, сумарної їх суми у 100 мл сироватки крові здорових осіб, а також вмісту аміаку.

Методи дослідження: визначення проводили за допомогою автоматичного аналізатора амінокислот ААА–339-Т методом іонообмінної колоночної хроматографії, який дає інформацію про якісний та кількісний склад амінокислот, дозволяє простежити за змінами, які відбуваються в організмі під впливом тих чи інших чинників.

Отримані результати: нами обстежено 30 здорових осіб віком від 18 до 55 років, чоловіків 16 (53,0%), жінок 14 (47,0%). Всі обстежені харчувалися раціонально та збалансовано, критеріями виключення з обстеження були захворювання шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, гастрити та інші) та гепатобіліарної системи (гепатити, цироз печінки та інші), а також цукровий діабет, оскільки вищезазначені захворювання чинять виражений негативний вплив на стан білкового обміну. У здорових осіб вміст амінокислот в 100 мл сироватки крові становив: лізин 1,16±0,19 мг, гістидин 0,77±0,06 мг, аргінін 0,77±0,06 мг, треонін 1,31±0,08 мг, валін 1,63 ±0,09 мг, метіонін 0,25±0,02 мг, ізолейцин 0,51±0,05 мг, фенілаланін 0,74±0,06 мг, лейцин 1,24±0,05 мг, орнітин 0,74±0,07 мг, аспарагінова кислота 0,006±0,01 мг, серин 1,40±0,05 мг, глютамінова кислота 1,42±0,11 мг, пролін 0,98±0,08 мг, гліцин 0,91±0,06 мг, аланін 3,41±0,14 мг, цистеїн 0,59±0,03 мг, тирозин 1,69±0,07 мг, глютамін 6,62±0,27 мг. Загальна сума амінокислот становила 26,15±2,34 мг, незамінних - 10,91±0,086 мг, замінних 15,24 ± 1,24, аміаку 0,663 мг в 100 мл сироватки крові. Вміст амінокислот впливає на метаболізм, а їх динамічна рівновага забезпечується розпадом білків у різних органах і екзогенним надходженням з харчовими продуктами, а також їх катаболізмом. Аміак є одним з кінцевих продуктів обміну амінокислот, біля 60 % його синтезується у нирках, а знешкодження токсичного впливу здійснюється печінкою. Зниження інтенсивності знешкодження призводить до посилення явищ інтоксикації.

Висновки: перспективи досліджень полягають в подальшому вивченні стану білкового обміну у здорових осіб та хворих, впливу його розладів на клінічний перебіг, тривалість лікування та розробки нових методів корекції його порушень з метою підвищення ефективності лікування.

ПЛАЗМЕННЫЙ ФИБРОНЕКТИН, КАК КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА

Родионова В.В.[1], Шевцова А.И.[1], Карасева О.В.[2]
[1]ГУ «Днепропетровкая медицинская академия МОЗ Украины»,
[2]КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Последнее десятилетие характеризуется манифестным ростом интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ) неопухолевого ґенеза среди которых наиболее часто встречается идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА). Лучшим методом, способствующим установлению диагноза ИФА, определению характера дальнейшего лечения и прогноза заболевания, является биопсия легочной ткани с определением цито-гистологического паттерна. Однако, операционное вмешательство нередко приводит к прогрессированию процесса, в связи с чем проблема разработки неинвазивных средств диагностики и критериев тяжести течения заболевания является актуальной.

Цель исследования: определение уровня фибронектина в плазме крови, как критерия тяжести течения ИФА.

Методы исследования. Общеклинические лабораторные обследования, компьютерная томография высокого разрешения органов грудной клетки, плазменный фибронектин (ПФН). Для количественного определения плазменного фибронектина использовался набор реагентов для иммуноферментного анализа, произведенный в ЗАО «НВО Иммунотех».

Результаты исследования. Обследовано 42 пациента (мужчин – 27, женщин – 15) с подтвержденным диагнозом ИФА в периодах разгара заболевания и угасания клинических симптомов, средний возраст 49,72±11,21 лет. Длительность заболевания составила от 1 до 24 месяцев. Диагноз «ИФА» устанавливали в соответствии с международным соглашением (2001 г.) Американского торакального общества (ATS), Европейского респираторного общества (ERS), рекомендациями Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины. Все пациенты получали лечение в соответствии с основними положеннями согласительных документов. В контрольную группу вошло 15 практически здоровых лиц (уровень фибронектина 313±12,1 мкг/мл). По результатам исследования пациенты были разделены на две группы: в 1-й группе отмечалась положительная динамика после проведенного лечения и рост уровня ПФН с (366,4±21,1 до 376,8±58,0) мкг/мл. Во 2-й группе, несмотря на проводимое лечения, положительной динамики отмечено не было. Уровень ПФН снижался с (381,8±19,4 до 330,2±17,2 и до 311,7±28,2 через 3 месяца) мкг/мл.

Выводы. Показатель уровня ПФН может быть использован в качестве маркера прогноза течения ИФА. Выявленное уменьшение концентрации фибронектина в плазме крови вероятно обусловлено функциональной недостаточностью клеток, вырабатывающих ПФН, в том числе фибробластами и эндотелиальными клетками, антитромбическим действием фибронектина, а также повышенным потреблением за счет связывания с микроорганизмами и участием в процессе фагоцитоза.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ.

Родионова В.В.[1], Хмель Е.С.[1], Собко С.В.[1], Глиняная Л.А.[2]
[1]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии №1 и профпатологии
[2]КУ «Городская многопрофильная клиническая больница №4» ГОС»,
г. Днепропетровск

Цель. Изучить показатели системы гемостаза у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с остеоартрозом (ОА).

Материалы. Обследовано 16 пациентов терапевтического отделения, в возрасте 53,68±3,56 лет, больных АГ II стадии 1-2 степени, в сочетании с ОА коленях суставов 2 ст. по Kellgren-Lawrence, и нарушением функции суставов (ФНС) 1-2 ст. Длительность заболевания АГ составила 12±1,47 лет, длительность ОА - 7,75±0,86 лет. Все больные получают терапию АГ в соответствии с приказом №384, терапия ОА проводится в соответствии с Приказом МОЗ Украины № 676.

Методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, С-реактивный белок, коагулограмма, гемостазиограмма, рентгенологическое обследование коленных суставов, шкала Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) (средние показатели составили 111,17±13,67 баллов), опросник Lequesne (средние показатели 14,7±1,12 баллов), визуальная аналоговая шкала (ВАШ, средние показатели: 57±6,32 мм).

Результаты. По показателям гемостазиограммы больные разделились на 3 группы: у 50% пациентов была выявлена гиперкоагуляция в сочетании с повышенной функциональной активностью тромбоцитов, средние значения следующих показателей отклонялись от нормы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 18,12±1,7с; протромбиновый индекс – 112±2,1%; активированное время рекальцификации – 36,5±1,24 с; фибриноген – 4,1±0,3 г/л; растворимые фибриномерные комплексы (РФМК) – 8,3±2,2 *10-2/л; адгезия

тромбоцитов – 56,25±4,7%; аутокоагуляционный тест – 103±1,08%; значения эуглобулинового лизиса у всех пациентов в данной группе были более 300 мин.; XII-а зависимый лизис – 25,7±4,04 мин.; международное нормализованное отношение (МНО) – 0,87±0,022; что свидетельствовало гиперкоагуляции и о нарушении функциональной активности тромбоцитов. Вторую группу составили 25% пациентов, у которых было выявлено повышение функциональной активности тромбоцитов при нормальных показателях коагуляции: растворимые фибриномерные комплексы (РФМК) – 3,8±0,7 *10-2/л; адгезия тромбоцитов – 51,3±1,6%. В третью группу вошло 25 % пациентов, у которых была выявлена гиперкоагуляция при нормальных показателях функции тромбоцитов: АЧТВ – 19,25±0,85 с; активированное время рекальцификации – 39,2±0,8 с; РФМК – 5,28±0,06*10-2/л; XII-а зависимый лизис – 18,3±1,62 мин; МНО - 0,97±0,02. Во всех группах выявлено повышение среднего значения адгезии тромбоцитов до 47,7±5,15 %, показателей аутокоагуляционного теста (АКТ) до 103,14±0,85% у 11 больных (68,7%); показателей эуглобинового лизиса болем 300 мин. у 8 больных (50%). Показатель МНО был снижен у 10 человек (0,95±0,044), что свидетельствует о нарушении внешнего пути свёртывания крови.

Выводы:

У пациентов с АГ в сочетании с ОА наблюдается нарушение коагуляционной системы гемостаза в виде гиперкоагуляции, а также усиление функциональной активности тромбоцитов, что повышает риск развития тромботических осложнений.

Выявленное снижение средних значений МНО у пациентов с АГ в сочетании с ОА предопределяет необходимость назначения антикоагулянтной терапии.

ПОКАЗНИКИ АГРЕГАЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Яковлєва В.Г.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра факультетської терапії та ендокринології

У хворих на ХОЗЛ порушення тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу, найбільш імовірно, відбуваються у результаті розвитку запального процесу в легеневій тканині за рахунок підвищення продукції прозапальних цитокінів і медіаторів запалення (Меренкова Е.А., 2006; Тодоріко А.Д., 2010), що, зрештою, призводить до підвищення агрегаційних властивостей тромбоцмитів.

Зовсім мало робіт присвячено вивченню взаємозв'язку між показниками гемостазу та функції зовнішнього дихання. У зв'язку з цим, нами була поставлена мета вивчити особливості агрегаційних властивостей тромбоцитів у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу у залежності від виразності бронхообструкції.

Матеріали та методи. Було обстежено 28 хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу захворювання (середній вік – 65,6±9,9 роки; чоловіків було 24 (85,7%), жінок – 4 (14,3%)), які склали основну групу. Усі хворі були розподілені на 2 підгрупи: підгрупу 1 склали 15 хворих з нетяжким перебігом захворювання (рівнем об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) склав 59,1±4,7%, чоловіків було 13 (86,7%), жінок – 2 (13,3%), середній вік склав 66,1±9,5 роки); підгрупу 2 склали 13 хворих з тяжким перебігом захворювання (рівнем ОФВ1 – 34,8±9,7%, чоловіків було 11 (84,6%), жінок – 2 (15,4%), середній вік – 65,3±10,8 років). Усі хворі отримували базисну терапію згідно із стадією захворювання. До контрольної групи увійшло 10 практично здорових осіб, співставимих за віком та статтю. Для оцінки агрегаційної властивості тромбоцитів була проведена оптична агрегатометрія, яка дозволяє визначити ступінь (у %), час (с) та швидкість (%/хв. за перші 30 с) агрегації тромбоцитів. У якості індуктора агрегації був використаний тромбін (2 мкМ).

Результати. Рівні всіх показників агрегації тромбоцитів у хворих основної групи достовірно не відрізнялись від показників контрольної групи, але у хворих підгрупи 1 зміни цих параметрів вказують на схильність тромбоцитів до підвищення здатності до агрегації, тоді як у хворих підгрупи 2, навпаки, свідчать про відсутність такої схильності (табл. 1).

Таблиця 1.

Показники агрегації тромбоцитів з тромбіном у хворих на ХОЗЛ (M±m)

Групи та підгрупи обстежених	Показники		
	ступінь (%)	час (с)	швидкість (%/хв)
Основна група (n=28)	72,9±22,1	423,4±167,4	51,4±30,9
- підгрупа 1 (n=15)	87,6±15,4*#	435,3±177,1	62,3±10,2#
- підгрупа 2 (n=13)	55,7±15,3	409,7±161,5	36,4±13,3*#
Контрольна група (n=10)	62,3±6,9	438,3±74,6	46,5±9,7

Примітки: * – $p<0,05$ порівняно контрольною групою;

– $p<0,05$ між підгрупами хворих.

Висновки. Порушення агрегаційних властивостей тромбоцитів в бік гіперагрегації розвиваються вже на ранніх етапах формування захворювання. Зниження рівнів агрегаційних показників, яке спостерігалось у хворих з більш виразною бронхообструкцією, може вказувати на виснаження тромбоцитарної секреції і зниження функціональної відповіді тромбоцитів.

ПОКАЗНИКИ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ ТА ДІАСТОЛІЧНОГО НАПОВНЕННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Ілляш М.Г., Довганич Н.В., Базика О.Є., Старшова О.С., Тхор Н.В., Зелененька Л.І., Осадча О.П.
ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»

У пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) наявність гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) впливає на його діастолічне наповнення (ДН) та функцію лівого передсердя (ЛП). Порушення діастолічної функції ЛШ є одною з основних детермінант збільшення лівого передсердя.

Мета роботи – визначити показники ЛП та їх зміни у пацієнтів з ГХ та концентричною ГЛШ (КГЛШ) та їх зв'язок із показниками діастолічного наповнення ЛШ.

Обстежено 40 хворих з ГХ II стадії та КГЛШ, середній вік хворих становив (53,6±3,8) років. Контрольну групу склали 14 осіб відповідного віку без серцево-судинних захворювань. Пацієнтам проводили ехокардіографію в М-, В-режимах, обчислювали індексовані показники об'ємів ЛШ та ЛП як відношення їх абсолютних значень до площі поверхні тіла - індекси кінцево-діастолічного, кінцево-систолічного та ударного об'ємів ЛШ та ЛП (іКДО, іКСО, іУО), а також фракцію викиду (ФВ) ЛП. Хворі були розподілені на групи за ступенем ДН ЛШ: група 1 (11 хворих) - нормальний тип ДН, група 2 (17 хворих) – ДН за типом „анормальної релаксації міокарда", група 3 (12 хворих) - з „псевдонормальним" типом ДН.

Аналіз показників структурно-функціонального стану ЛП показав, що у пацієнтів 2 та 3 груп ЛП було збільшене за достовірно більшими величинами іКДО порівняно з такими у пацієнтів 1-ї та контрольної груп (див. табл. 1). При цьому у пацієнтів 2-ї групи не було виявлено достовірних відмінностей у показниках іКСО, іУО та ФВ ЛП порівняно з такими у пацієнтів 1-ї групи. У пацієнтів 3-ї групи на тлі більшого показника іКДО ЛП відмічено меншу скоротливість ЛП, про що свідчили більші величини іКСО та достовірно менші величини УО ЛП та ФВ ЛП порівняно з такими у пацієнтів 1-ї, 2-ї та контрольної груп.

Таблиця 1. Результати дослідження показників об'ємів ЛП в групах хворих на ГХ та осіб контрольної групи

Показник	Величина показника (M±m) в групах хворих			
	1 (n=11)	2 гр (n=17)	3 гр (n=12)	Контрольна(n=12)
iКДО ЛП, мл/м^2	22,8±1,3°	27,4±1,4°	30,8±2,6 *	17,6±1,0
iКСО ЛП, мл/м^2	11,9±1,0	13,5±0,8	18,4±1,8 *$^{\circ}$	9,0 ±0,5
iУО ЛП, мл/м^2	14,8±1,0	13,2±0,8	15,3 ±1,2 *$^{\circ}$	8,6 ±0,8
ФВ ЛП , %	64,3±2,0	60,6±2,8	56,8±2,6*$^{\circ}$	66,5±2,4

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими в осіб: * - 1 групи ($p<0,05$), Δ – 2-ї групи ($p<0,05$); $^{\circ}$ - контрольної групи ($p<0,01$).

У хворих на ГХ при наявності гіпертрофії ЛШ та діастолічного наповнення ЛШ за типом „анормальної релаксації міокарда" виявлено збільшене ЛП (за показником iКДО ЛП), при цьому показники його скоротливості достовірно не відрізнялись від таких у пацієнтів з нормальним типом наповнення ЛШ.

У хворих на ГХ при наявності гіпертрофії ЛШ та „пседонормального" типу діастолічного наповнення ЛШ виявлено збільшене ЛП та зниження його скоротливості, що в свою чергу може відображати погіршення діастолічної функції ЛШ.

ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Шкапо В.Л., Несен А.О., Грунченко М.М., Чирва О.В., Валентинова І.А.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»

Мета. Оцінити показники якості життя (ЯЖ) а також вплив антигіпертензивної терапії на фізичне та психологічне здоров'я у пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику з коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено 208 хворих на артеріальну гіпертонію (АГ) з супутніми захворюваннями: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, мозковий інсульт, серцева недостатність на момент обстеження, цукровий діабет, переважно 2-го типу, хронічна хвороба нирок. Серед них 80 (38,5 %) чоловіків та 128 (61,5 %) жінок, середній вік яких склав - (60,5±0,4) років. ЯЖ вивчалась за

результатами заповнення анкети SF-36. Кількісно оцінювали вісім показників, які формують два загальних показники: «фізичний компонент здоров'я» (ФКЗ) та «психологічний компонент здоров'я» (ПКЗ). В лікуванні АГ використовували наступні групи препаратів: -адреноблокатори, діуретики, антагоністи кальцію, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або блокатори рецепторів ангіотензину II. Показники ЯЖ вивчали до та через 12 місяців лікування. Для порівняння використовували дані новозеланського дослідження якості життя здорової популяції.

Результати. ЯЖ хворих на АГ з коморбідною патологією була значно знижена, порівняно зі здоровою популяцією, за всіма шкалами. Вельми низькими були показники за шкалами, що характеризували «рольове функціонування» (42,1±4,6) та (49,5±3,2). У хворих були значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним станом. Загальні показники ФКЗ та ПКЗ були значно меншими від нормального для популяції значення (42,0±5,1) та (40,8±2,7) відповідно ($p<0,05$). Через рік лікування суттєво зросла ЯЖ за шкалами болю (шкала ІБ, +35,7 %, $p<0,01$) та рольового фізичного функціонування (шкала РФ +56,5 %, $p<0,01$), що призвело до збільшення сумарного фізичного компоненту здоров'я (ФКЗ +13,7 %, $p<0,01$). Більш частіше відчуття бадьорості (шкала життєва активність – ЖА +33,4 %, $p<0,01$), та покращення за шкалою загальний стан здоров'я – (ЗСЗ) +15,5 %, $p<0,05$, після лікування обумовили рівень значення шкал більше 50 балів. Загальний фон настрою (шкала психічне здоров'я (ПЗ): +25,5 %, $p<0,01$) не перешкоджав виконанню повсякденної роботи (шкала рольове емоційне функціонування (РФЕ): +61,4 %, $p<0,01$) та спілкуванню з близькими та друзями (шкала соціальне функціонування (СФ): +29,6 %, $p<0,01$). В результаті позитивні зміни шкал життєвої активності, соціального функціонування, рольового емоційного функціонування та психічного здоров'я обумовили покращення сумарного психічного компоненту здоров'я (ПКЗ): +20,7 %, ($p<0,01$).

Висновки. Гіпотензивна терапія сприяла поліпшенню ЯЖ – достовірно збільшилися всі показники, що вивчалися. При цьому через 12 місяців лікування показники ЯЖ не досягали рівня здорової популяції. Найбільші позитивні зміни були таких показників, як рольове функціонування, соціальне функціонування та рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, – збільшення відповідно на 56,5 %; 29,6 % та 61,4 %. Покращення ЯЖ пацієнтів з АГ та коморбідною патологією на фоні гіпотензивної терапії пов'язано зі зменшенням болю, втоми, підвищенням працездатності, задоволеності від виконаної роботи. Таким чином, завдяки терапії покращується адаптація пацієнтів в суспільстві, що позитивно впливає на їх психологічний стан.

ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТА ЗДОРОВ'Я У ПАЦІЄНТІВ НА АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

Кузьміна А.П., Князєва О.В., Азаренко В.Є.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО, м.Кривий Ріг

Анкілозивний спондилоартрит (АС) є основною формою серонегативних спондилоартритів. Оперізуючий біль у грудній клітці, що посилюється під час глибокого вдиху, порушення гнучкості хребта, напруження м'язів спини, утруднення руху та інші ознаки АС суттєво впливають на якість життя пацієнтів.

Мета дослідження – визначити найбільш чутливі показники, що впливають на якість життя пацієнтів, що страждають на АС.

Матеріали і методи дослідження. Діагноз АС встановлювався на підставі клінічних і рентгенологічних даних, верифікований за допомогою модифікованих Нью-Йоркських критеріїв та критеріїв Європейської групи щодо вивчення спондилоартритів. Середній вік хворих складав 42,5±1,9 роки, тривалість захворювання 16,73±2,34 років. Визначення активності і тяжкості АС проводили за індексами BASDAI (Bath Ankylosing Spondilitis Disease Activity Index) і BASFI (Bath Ankylosing Spondilitis Functional Index), що вміщує 10 аналогових шкал, пов'язаних з оцінкою повсякденної активності.

МРТ хребта проведена 22 пацієнтам на АС. МРТ хребта (Magnetom Symphony, Siemens, Німеччина; напруженість магнітного поля 1,5 Тесла) здійснювалася в Т1-, Т2- и Т2-FS режимах. При дослідженні хворих нами використана оптимальна методика МР- томографії (МРТ) хребта у хворих на АС і вивчені зв'язки запальних МРТ- змін (ЗМЗ) з локалізацією болючих відчуттів, тривалістю спондиліту і клінічною активністю захворювання.

Результати дослідження. Дослідження імунного статусу у спостережуваних хворих встановило наявність порушень більш вираженим при високій активності АС і супроводжувалася зростанням вмісту HLA-ДR+ (понад 50%); активізацією СД4+Т-лімфоцитів зі збільшенням дисбалансу СД8+Т-клітинної відповіді; зниженням кількості зрілих Т-лімфоцитів (СД3+), цитотоксичних клітин (СД8+) і збільшенням Т - хелперів (СД4+) ($p<0,01$).

Зміни імунного статусу впливали на низку показників повсякденної активності. Як показало дослідження, серед спостережуваних пацієнтів на АС (100) вже на початку хвороби найбільшою мірою змінювалися показники фізичного здоров'я. Фізичне функціонування було знижено на 78%, показник рольового фізичного функціонування – на 82%, показник болю зріс на 55%, у порівнянні зі здоровими особами. Серед показників якості життя, що харак-

теризують психологічний компонент здоров'я, більшою мірою було знижено рольове емоційне функціонування (74%), соціальне функціонування (35%) й життєздатність (27%). У хворих на АС значно погіршувалися параметри якості життя за рахунок фізичного і психологічного стану, порушувалася їхня соціальна адаптація.

Найбільш чутливими до протизапальної терапії були показники фізичного здоров'я, менш чутливими - показники психічного здоров'я. При проведенні порівняльного аналізу впливу терапії НПЗП, метотрексата на якість життя пацієнтів АС встановлено, що у всіх групах спостереження терапія впливала на оцінювані параметри, при цьому різні показники змінювалися в різні терміни.

Під впливом лікування базисними препаратами відновлювалися параметри якості життя пацієнтів, при цьому найбільш чутливими до терапії були показники фізичного здоров'я. Симптоматичні препарати у поєднанні з базисними прискорюють відновлення оцінюваних параметрів. Дотримання принципів раннього, комплексного, тривалого та етапного лікування базисними препаратами хворих на анкілозивний спондлоартрит (АС) сприяє більшій його ефективності.

ПОШИРЕННІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА КОМПЛАЄНС ДО МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ І МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНІ ФОРМИ ІХС

Караванська І.Л.[1], Щудро О.О.[1], Биковська Л.Ю.[2], Чвора Д.Л.[2]
[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
[2]КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова»

Актуальність. На сьогодні, низька прихильність до терапії пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) є ключовою проблемою сучасної медицини. Так, через 1 місяць, 30% хворих з перенесеним інфарктом міокарда припиняють приймати хоча б 1 препарат, через рік – менше ніж 50% прихильні до стандартів терапії, що підвищує смертність. Причини порушення режиму терапії – багатофакторні.

Мета дослідження – оцінити гендерні особливості наявності та поєднання факторів ризику (ФР) у хворих на стабільні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) та ефективність вторинної профілактики з урахуванням комплаєнтності пацієнтів до медикаментозної терапії і модифікації способу життя.

Матеріали та методи дослідження: Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 474 пацієнтів із ІХС у віці від 40 до 75 років (середній вік, M±m – 57,7±0,50 років) з тривалістю захворювання від 1 до 32 років (середня

тривалість захворювання 9,9±0,29 років). З урахуванням критеріїв включення та виключення, була сформована група пацієнтів (n = 126, середній вік – 61,3 ± 0,08 років), які взяли участь у поглибленому проспективному дослідженні: 94 (74,6%) чоловіка та 32 (25,4%) жінки. Кожні 3 місяці, у кабінеті вторинної профілактики ІХС, створеному на базі КЗ «Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. Мечникова», пацієнтам проводилися обов'язкові клініко-лабораторні та інструментальні дослідження. Рівень комплаєнсу до медикаментозної терапії визначався, як високий – при усуненні фактору ризику більш ніж в 80% випадків, середній – в 20-80% випадків, низький – менш ніж в 20% випадків Отримані результати оцінювали за допомогою критерію (t) Стьюдента, p≤0,05.

Результати. Аналіз поширеності модифікованих ФР ССЗ серед хворих виявив, що 89,7 % пацієнтів мали артеріальну гіпертензію (АГ), гіперхолестеринемію - 69,8 % пацієнта, за гендерними особливостями різниця цих показників не істотна (p<0,05). Тютюнопаління зареєстровано в 23,0% випадків, переважно у чоловіків (93,1%). Індекс маси тіла (ІМТ)>25кг/м2 частіше спостерігався у жінок, ніж у чоловіків (90,6% та 75,5% відповідно). Аналіз даних показав, що на початок дослідження у 50,9% хворих на стабільні форми ІХС виявлено поєднання 3-х ФР ССЗ (АГ, гіперхолестеринемії, підвищення ІМТ). Через рік проведення вторинної профілактики виявлено різнонаправленність зрушень частоти поєднання ФР ССЗ: у чоловіків достовірно знизилась частота поєднання 3-х та 4-х ФР ССЗ (7,6% та 7,8% відповідно), за рахунок досягнення цільових рівнів ЗХС та відмови від паління (40,7%), а у жінок знизилась частота поєднання 3-х ФР (на 5,8%) за рахунок досягнення цільових рівнів ЗХС. На початку дослідження комплаєнс до статинотерапії та антигіпертензивної терапії відповідав середньому рівню (30,0% та 66,8%) в обох гендерних групах. Через рік проведення вторинної профілактики виявлено гендерну особливість - високий рівень комплаєнсу (84,2%) до статинотерапії у чоловіків, а до антигіпертензивної терапії – у жінок. Відмову від тютюнопаління та досягнення ІМТ<25кг/м2 краще (на 9,3% та 12,0% відповідно) дотримувалась група жінок (p<0,05).

Висновки: Для підвищення рівня комплаєнсу необхідний комплекс заходів, які могли б призвести до більш чіткого дотриманню пацієнтом лікарських рекомендацій по режимам фармакотерапії та модифікації образу життя. Подібне підвищення рівня комплаєнсу могло б дозволити знизити ризик смерті від ІХС та її ускладнень.

ПРОВІДНІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Дроздова І.В., Степанова Л.Г., Ємець М.М., Яковенко Н.О., Омельницька Л.В.
ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м.Дніпропетровськ

Мета: визначити провідні чинники, що впливають на обмеження життєдіяльності (ОЖД) в домені мобільність у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Методи: Об'єкт дослідження – чинники, що впливають на обмеження життєдіяльності в домені мобільність у хворих на АГ III стадії (з давністю перенесеного інсульту не менш 6 місяців). Було обстежено 46 пацієнтів, серед яких було 24 чоловіки й 22 жінки, середній вік яких склав 46,7 роки, тривалість АГ – 4,6 роки. АГ діагностовано у відповідності з діючими нормативними документами. Ультразвукове дослідження серця та судин, добове моніторування артеріального тиску (АТ) було виконане за загальноприйнятими методиками. Оцінку значущості ОЖД проводили, використовуючи метод Кендалла.

Результати: Найбільш інформативними для хворих з АГ були такі сфери життєдіяльності в домені мобільність: ходьба на короткі відстані (17,4), кидання предметів (16,3), переміщення сидячи (16,0), лежачи (15,4), за допомогою пасажирського транспорту (15,4) за межами будівлі (14,7) та стоячи (14,3).

Здатність до ходьби на короткі відстані у осіб з АГ III стадії пов'язана із процесами ремоделюванням серця (діаметром корня аорти, систолічним розходженням стулок аортального клапану, кінцево-діастолічним і кінцево-систолічним розмірами та об'ємами ЛШ); та судин (діаметром лівої загальної та внутрішньої сонних артерій, максимальними швидкостями кровотоку у лівій загальній та правій внутрішній сонних артеріях); із навантаженням тиском (денними й нічними САТ і ДАТ, варіабельністю ДАТ вдень, добовими мінімальним і середнім САТ, індексом площі навантаження ДАТ, профілем АТ). Тоді як можливість ходьби на далекі відстані у хворих після перенесеного інсульту корелює лише з процесами ремоделюванням серця (діаметром корня аорти, систолічним розходженням стулок аортального клапану, розміром лівого передсердя); та судин (діаметром лівої загальної та внутрішньої сонних артерій).

Можливість ходьби по різним поверхням (сніг, ожеледиця, гравій, підйом вгору) у осіб з АГ III стадії сполучена з процесами ремоделюванням серця (діаметром корня аорти, систолічним розходженням стулок аортального клапану); та судин (діаметром лівої внутрішньої сонної артерії). Пересування при

наявності перешкод у хворих після інсульту поєднане з процесами ремоделюванням серця (діаметром корня аорти, систолічним розходженням стулок аортального клапану, кінцево-систолічним розміром й об'ємом, ступенем вкорочення передньо-заднього розміру лівого шлуночка та його фракцією викиду); та судин (діаметром лівої загальної та внутрішньої сонних артерій); із навантаженням тиском (денним САТ й нічними ДАТ і його вріабельністю, індексом площі навантаження ДАТ), Зростання навантажень у вигляді здатності до бігу у хворих з АГ III стадії корелює з ремоделюванням серця (діаметром корня аорти, розміром лівого передсердя, кінцево-діастолічним і кінцево-систолічним розмірами ЛШ, індексом і кінцево-діастолічним й кінцево-систолічним обємом ЛШ, товщиною міжшлуночкової перетинки, масою міокарду ЛШ); та судин (діаметром лівої загальної та внутрішньої сонних артерій), а також навантаженням тиском (денними й нічними САТ і ДАТ, варіабельністю ДАТ вдень, добовими мінімальним і середнім САТ, індексом площі навантаження ДАТ, профілем АТ.

Висновки: Визначення провідних причин ОЖД у осіб після перенесеного інсульту сприятиме поліпшенню заповнення індивідуальних програм реабілітації цих пацієнтів.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Волошина О., Дукова О., Лисий І., Бугерук В., Прокопчук Ю., Найдьонова О.
Одеський національний медичний університет, Університетська клініка

В даний час цереброваскулярні захворювання є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, враховуючи високу поширеність цієї патології в популяції. Одним з найбільш важливих проявів хронічної ішемії мозку є порушення когнітивних функцій. При цьому, в останні десятиліття хронічна недостатність мозкового кровообігу стала омолоджуватися і виявляється вже серед осіб 30-40 річного віку. Зниження пам'яті та інших когнітивних функцій, які по мірі прогресування призводять до порушень професійної, суспільної та (або) побутової адаптації т.ч. до розвитку судинної деменції.

За умов вище сказаного,профілактика, рання діагностика когнітивних порушень є однією з першочергових завдань сімейного лікаря.

Мета роботи: обґрунтувати доцільність використання нейропсихологічних тестів в практиці сімейного лікаря з метою ранньої діагностики когнітивних порушень , їх профілактики та призначення своєчасної адекватної терапії, а також оцінки її ефективності .

Безумовно, особливої уваги потребують пацієнти з факторами ризику виникнення когнітивних розладів. В першу чергу це стосується хворих похилого та старечого віку. Крім вікових показників, найважливішими фактором ризику когнітивних порушень є захворювання серцево-судинної системи, особливо артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, метаболічний синдром, гіперліпідемія, ожиріння.

Використання комплексного обстеження, одночасно включає кількісне і якісне нейропсихологічне дослідження поєднане з одночасною нейровізуалізацією, в т.ч. використання методики когнітивних викликаних потенціалів, яка дозволяє більш точно встановити характер неврологічного дефекту і стан вищих мозкових функцій пацієнтів з хронічною цереброваскулярною недостатністю та своєчасно призначати адекватну терапію і оцінювати її ефективність.

Динаміку показників когнітивних функцій доцільно визначати з використанням наступних нейропсихологічних методик:

- MMSE / коротка шкала оцінки психічного статусу/
- заучування і відтворення 10 слів (частина нейропсихологической батареї тестів Лурії);
- тест слухо-мовної пам'яті (Арнольда-Кольмана, за сумою балів після виконання 3 завдань)
- дослідження короткочасної пам'яті (повторення цифр «вперед» і «назад», частина шкали Векслера)
- тест малювання годинника
- таблиці Шульте

Ці нейропсихологічні методики е досить доступними, не потребують багато часу та можуть бути проведені на прийомі сімейного лікаря.

Профілактика, рання діагностика та лікування когнітивних порушень у хворих з факторами ризику, у тому числі з серцево-судинною патологією, за умов ділянки сімейного лікаря дозволить зменшити ризик розвитку тяжких когнітивних розладів, яки можуть привести до судинної деменції.

РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ЗА BCL1 ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА

Савченко О.В.
Сумський державний університет, медичний інститут
Кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Мета дослідження. Вивчити частоту артеріальної гіпертензії у хворих на ревматоїдний артрит залежно від генотипу за Bcl1 поліморфізмом гену глюкокортикоїдного рецептора .

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 161 хворого на ревматоїдний артрит старше 40 років з використанням клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Діагноз ревматоїдного артриту встановлено згідно діагностичних критеріїв ACR/EULAR (2010). Артеріальну гіпертензію діагностували у випадках підвищення систолічного артеріального тиску > 140 мм. рт. ст., діастолічного артеріального тиску > 90 мм. рт. ст. Bcl1 поліморфізм 2-го екзону визначали методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів за Fleury I. et al. (матеріалом дослідження була венозна кров). Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програми SPSS 17.

Результати. Із обстежених хворих на ревматоїдний артрит виявлено: 10 хворих із гіпотензією (6,2%), 60 – із нормальним артеріальним тиском (43,5%) та 91 – із артеріальною гіпертензією (56,5%). Серед пацієнтів із гіпотензією 4 мали генотип C/C (8,9%), 4 – генотип C/G (5,1%) та 2 – генотип G/G. Серед хворих із нормальним тиском 22 – були гомозиготними за C алелем (48,9%), 32 – гетерозиготними (40,5%) та 6 – гомозиготними за G алелем (16,2%). Серед осіб із артеріальною гіпертензією 19 – були гомозиготними за C алелем (42,2%), 43 – гетерозиготними (C/G) (54,4%) та 29 – гомозиготними за патологічним G алелем (78,4%). За розподілом генотипів у хворих на ревматоїдний артрит із різним рівнем артеріального тиску було встановлено вірогідну відмінность за 2 критерієм Пірсона (p=0,02). Аналіз частоти рівня артеріального тиску у даних хворих показав наявність зв'язку артеріальної гіпертензії із G/G генотипом.

Висновки. Виявлено зв'язок Bcl1 поліморфізму гена глюкокортикоїдного рецептора із рівнем артеріального тиску у хворих на ревматоїдний артрит. Доведено асоціацію артеріальної гіпертензії із G/G генотипом.

РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАЗРЕШАЮЩИХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Степанов Ю.М., Кононов И.Н.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра гастроэнтерологии и терапии ФПО

Цель: Оценить роль разрешающих факторов в развитии психосоматических симптомов у больных с функциональными расстройствами пищеварительной системы

Материалы и методы: Обследовано 46 пациентов. Из них 16 больных с функциональной диспепсией (ФД) и 30 с синдромом раздраженной кишки (СРК).

Всем больным наряду с выявлением клинических признаков заболевания проводилось экспериментально-психологическое обследование с помощью методики MMPI.

Результаты обследования и их обсуждение. Особенности реакций личности являются одним из главных составляющих в генезе психосоматических расстройств у больных гастроэнтерологического профиля наряду с психотравмирующими ситуациями, дисбиозом, наследственными факторами, функционально-анатомическими особенностями центральной и периферических нервных систем и другими.

В результате обследования у больных с ФД патологический подъем по шкале ипохондрии выявлен в 81,3% случаев, а при СРК в 93,3%, депрессивные реакции личности обнаружены при ФД у 68,7% пациентов, а при СРК у 73,3%.

Кроме того у больных с СРК у 63,3% обнаружено отклонения по шкале паранойяльности, а при ФД лишь у 43,7%. Другие отклонения по клиническим шкалам встречались значительно реже.

Клиническими ведущими симптомами при ФД были чувство тяжести (100%) и боль в эпигастрии 81,25%, а при СРК у всех пациентов отмечались блуждающие боли по ходу кишечника (100%) и метеоризм 73,3%. Запоры при СРК были отмечены в 63,3% случаев, а диарея в 33,3%. При изучении анамнеза заболевания психотравмирующие факторы в развитии болезни выявлены в 81,2% случаев при ФД и в 73,3% при СРК. Явление дисбиоза кишечника обнаружены в 63,3% случаев при СРК и в 31,3% при ФД.

Тревожность и беспокойство выявлены при ФД соответственно в 68,7% и 50% случаев, и при СРК в 73,3% и 60%.

Выводы: У больных с функциональными заболеваниями системы органов пищеварения важную роль в развитии патологии наряду с другими разрешающими психосоматическими факторами играют особенности личности больного.

В подавляющем большинстве случаев у данного контингента больных выявляется существенные изменения в психосоматическом статусе, что требует широкого использования адекватной направленной психотропной терапии с включением различных психотропных препаратов и психотерапевтических методик.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК МАРКЕР ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ХОЗЛ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Коваленко Е.Н.[1], Родионова В.В.[1], Ремез Я.В.[2], Семуха Н.В.[2]
[1]ГУ «Днепропетровкая медицинская академия МОЗ Украины»,
[2]КУ «Днепропетровская многопрофильная клиническая больница №4 ДОС»

К основным хроническим заболеваниям формирующим структуру смертности в последнее десятилетие относят сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ). Главной причиной летальных исходов у большинства больных с коморбидными состояниями является кардиоваскулярная и цереброваскулярная патология. У больных ХОЗЛ определяется два и более сопутствующих заболевания, наиболее частым является сочетание с сердечно-сосудистой патологией. К важнейшим системным эффектам этих заболеваний относят развитие эндотелиальной дисфункции. Одним из маркеров повреждения эндотелия и развития системной воспалительной реакции является показатель уровня С - реактивного белка (СРБ) в плазме крови, который коррелирует с активностью процесса и прогнозом заболевания.

Цель исследования: изучить показатель СРБ в плазме крови как маркер эндотелиальной дисфункции у больных ХОЗЛ с коморбидной патологией для определения прогноза выживаемости

Методы исследования. Общеклинические лабораторные исследования, спирометрия, ЭКГ, рентгенография ОГК, индекс коморбидности (ИК) Чарлсона для определения прогноза 10-тилетней выживаемости больных с сочетанной патологией, определение С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови латекс - турбидиметрическим методом.

Результаты исследования. Обследовано 52 больных ХОЗЛ II- III ст., в возрасте 43–82 года, средний возраст 63,7 ± 1,1 года, из них мужчин – 38, женщин-14 человек. У 72,4% пациентов ХОЗЛ выявлена сопутствующая кардио-васкулярная патология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия). Индекс коморбидности (ИК) Чарлсона был определен в 5-и возрастных группах:

в 1-й гр. (n=9, возраст 40–49 лет) ИК составил 1,8; во 2-й гр. (n=12, 50–59 лет) ИК был 3,1; в 3-й гр. (n= 14, 60– 69 лет) ИК – 4,4; в 4-й гр. (n=13, 70-79 лет) ИК– 5,7; в 5-й гр. (n= 4, 80–89 лет) ИК составил 8,0. Показатели уровня СРБ составили в 1-й гр. – 4,8 ± 1,7мг/л (норма≤5мг/л), во 2-й гр. – 5,3±2,4мг/л, в 3-й гр. – 5,9±2,9мг/л, в 4-й гр. – 6,6±2,6мг/л, в 5-й гр. – 7,8±3,1 мг/л. Показатели СРБ коррелировали с ИК Чарлсона.

Выводы. Наличие сочетанной патологии ухудшает прогноз выживаемости больных. Увеличение показателя СРБ при утяжелении течения ХОЗЛ и наличии коморбидной патологии свидетельствует о развитии и прогрессировании эндотелиальной дисфункции. Уровень СРБ у больных ХОЗЛ находится в прямой линейной зависимости с индексом коморбидности Чарлсона, что позволяет считать его маркером выживаемости больных с ХОЗЛ и коморбидной патологией.

СВЯЗЬ КЛЕТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ГЕПАТОЦИТОВ И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ «С»

Диденко В.И., Галенко А.П.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

При исследованиях хронического вирусного гепатита С (ХВГС) известно, что выживание инфицированных вирусом клеток значительно сокращается. Пролиферативные ответы гепатоцитов при ХВГС особенно важны в дальнейшем патогенезе, так как гепатоциты является основным местом репликации вируса гепатита. Механизм, который снижает активность регенерации печени по мере прогрессирования цирротического процесса с нарастанием печеночной недостаточности, пока не определен.

Цель работы: определить закономерность экспрессии маркера клеточной пролиферации (PCNA) в ядрах гепатоцитов и фиброза печени у больных с ХВГС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 14 больных, проходивших лечение в отделении заболеваний печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» с диагнозом ХВГС. Стадию фиброза печени и относительную площадь фиброзной ткани определяли с помощью компьютерной морфометрии. Пролиферацию печени определяли иммуногистохимическим методом с использованием моноклональных антител к PCNA (1: 200) («Chemicon», USA).

Результаты исследований. При исследовании было установлено, что в случае отсутствия фиброзных изменений печени (стадия F0 по Metavir) и при перипортальном фиброзе без септ (стадия F1) наблюдалась низкая активность

регенерации. При стадия фиброза F2 (у 21,4% больных) выявлена умеренная активность регенерации. В 21,4% больных дальнейшего прогрессирования фиброза печени (стадия F3), среди большого количества гепатоцитов в состоянии белковой дистрофии, встречались единичные PCNA-положительные клетки. Развитие цирроза печени сопровождалось высокой активностью гепатита, с нарушением целостности пограничной пластинки и локальными некрозами гепатоцитов. При этом положительная экспрессия PCNA наблюдалась в ядрах большинства гепатоцитов. Так же было отмечено, что в клетках с выраженной белковой дистрофии выявляли пролиферацию чаще, чем в клетках с не жировой дистрофией.

Выводы. В ходе нашего исследования была выявленная сильная связь между относительным количеством PCNA-позитивных клеток и компьютерным индексом фиброза ($r=0,604$; $p<0,05$), что подтверждает зависимость активации регенерации гепатоцитов от прогрессировании фиброза печени при ХГВС.

СОСТОЯНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.

Шевченко О., Чернова В., Галущак О.В., Трунова Л.А.
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Программный гемодиализ (ГД) является одним из основных методов лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН). Несмотря на совершенствование методов заместительной почечной терапии, заболеваемость и смертность среди пациентов на ПГ остается высокой, и в десятки раз превышает показатели в общей популяции. В структуре кардиоваскулярной летальности превалирует внезапная смерть, одной из причин которой рассматривается кальциноз сердца (КС) и сосудов.

Цель: Оценить в проспективном наблюдении изменения за 5 лет на аортальном клапане (АК) у пациентов, находящихся на ПГ, во взаимосвязи с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы: В исследование включено 19 пациентов (9 мужчин и 10 женщин, средний возраст - 51,5 лет), впервые взятых на программный гемодиализ, без гемодинамически значимых изменений на АК. У 9 больных ХПН развилась вследствие хронического гломерулонефрита, у 7 – хронического пиелонефрита, у 3 – сахарного диабета 1 типа. Контрольную группу составили 5

здоровых лиц (средний возраст 49,2 года). Проведением ежегодного динамического ЭХО-КГ исследования оценивалось развитие изменений на АК в виде фиброза, фиброкальциноза и стеноза. Параллельно изучалось влияние традиционных факторов риска ССЗ: курение, отягощенный семейный анамнеза по развитию ССЗ, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия.

Результаты: В течение пятилетнего наблюдения выявлено поражение АК у 15 больных (78,9%), значимых стенозов не выявлено. Изменения на АК преимущественно развивалось у пациентов старше 50 лет (у 5 больных (33,3 %) - фиброз, у 10 (66,7 %) – фиброкальциноз, при отсутствии гендерных различий (8 пациентов (53,3%) мужского пола, 7 пациентов (46,7%) женского пола). Развитие изменений на АК ассоциировано с традиционными факторами риска ССЗ.

Выводы: Пятилетнее наблюдение продемонстрировало у большинства пациентов (78,9%) развитие изменений на АК. Кальциноз структур сердца связан со сроком пребывания на ГД, общим стажем ХПН, возрастом больных, АГ, а также биохимическими маркерами, отражающими нарушения фосфорно-кальциевого метаболизма.

СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Степанов Ю.М., Коненко И.С., Бойко Т.И., Шевцова З.И.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины»

Поражения печени и желчевыводящих путей часто встречаются при хронических воспалительных заболеваниях кишечника (ХВЗК). Ассоциация между неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и первичным склерозирующим холангитом хорошо известна, однако другим патологическим состояниям со стороны гепато-билиарной системы уделяется недостаточно внимания.

Цель. Изучить ультразвуковые (УЗ) параметры желчного пузыря у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК) в зависимости от нутритивного статуса.

Методы. Проанализированы результаты ультразвукового исследования (УЗИ) 40 больных с ХВЗК в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст (37,38±1,94) лет, в том числе 30 больных с неспецифическим язвенным колитом (НЯК), 10 – с болезнью Крона (БК). Соотношение мужчин и женщин составило 1:1. Среди обследованных было 26 пациентов со сниженным нутритивным статусом (I группа), 5 – с нормальным (II группа) и 9 – с нутритивным статусом выше нормы (III

группа). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц, репрезентативных по полу и возрасту. Всем пациентам УЗИ проводили трансабдоминально конвексным датчиком 3,5 – 5,5 МГц в режиме серой шкалы на УЗ сканнере TOSHIBA XARIO. Выполнялось эхографическое исследование гепатодуоденальной зоны с измерением размеров желчного пузыря (ЖП), оценивались толщина и структурные изменений его стенок, диаметр холедоха, состояние паравезикулярного пространства.

Результаты. Ультразвуковые признаки хронического холецистита выявлены у 35 (87,5%) пациентов. При НЯК выявлено увеличение размеров ЖП до (71,75±3,02)х(25,82±1,34) мм, при БК до (74,60±3,03)х(25,27±1,60) мм против (67,17±2,08)х(21,17±0,95) мм в контрольной группе. Наибольшие размеры ЖП наблюдались у больных III группы –(81,7±0,87)х(29,2±0,61) мм; в I группе они составили (76,5±0,38)х(24,1±0,23) мм, во II – (70,2±0,65)х(22,1±1,23) мм. Структурные изменения стенок ЖП в виде утолщения и уплотнения выявлены у 33 (82,5 %) больных, в том числе 20 (76,9%) пациентов со сниженным нутритивным статусом, 3 (60,0%) – с нормальным нутритивным статусом и все 9 (100,0%) пациентов III группы. Диаметр холедоха у обследованных больных варьировал от (4,7±0,18) мм до (5,8±0,19) мм, что не превышало значения в контрольной группе. Стенки мелких желчных протоков были уплотнены у 1 пациента I группы. Повышение эхогенности содержимого желчного пузыря за счет наличия осадка виявлено у 60 % больных НЯК и 90 % – БК. Гиперэхогенные включения (осадок) наблюдались у 76,9% пациентов I группы, 60,0% – II, и 88,9% – III группы. Пристеночные образования желчного пузыря (полипы) выявлены у 1 больного со сниженным нутритивным статусом, наличие конкрементов в полости желчного пузыря – у 2 (7,6%) больных этой же группы.

Выводы. Проведение УЗИ позволило установить наличие эхографических признаков хронического холецистита у 87,5 % больных ХВЗК, с большей частотой выявленных изменений у пациентов с нарушениями нутритивного статуса. Причинно-следственный характер выявленных изменений нуждается в уточнении.

СПІВВІДНОШЕННЯ ГЛІЦИН / СЕРИН В ПЛАЗМІ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ Q-ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Яременко О.Б., Дудка П.Ф., Іорданова Н.Х., Бодарецька О.І., Добрянський Д.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Як відомо, одним з потужних факторів ризику виникнення ішемічних ускладнень (ІУ) у хворих з гострим Q-інфарктом міокарда (Q-ГІМ) є гіперглікемія на момент госпіталізації. З іншого боку, було доведено зв'язок між чутливістю до інсуліну і співвідношенням гліцин/серин в плазмі хворих.

Метою нашої роботи було дослідити залежність між виникненням ІУ при Q-ГІМ та вихідним співвідношенням гліцин/серин в плазмі крові.

Матеріали і методи. Було обстежено 116 хворих на Q-ГІМ (середній вік 59,4±9,1 року, осіб чоловічої статі – 78 (67,2%)). Середній час від появи перших симптомів захворювання до моменту госпіталізації становив 13,0±8,8 години. У 28 хворих було діагностовано розвиток ІУ: ранньої постінфарктної стенокардії та/або рецидиву ГІМ. Критеріями залучення пацієнтів у дослідження були підтверджений діагноз Q-ГІМ в перші 3 доби від появи симптомів, вік до 74 років, відсутність реваскуляризації інфаркт-обумовлюючої коронарної артерії та письмова інформована згода на участь у дослідженні. Крім стандартного лабораторного та інструментального обстеження у хворих досліджували вміст вільних амінокислот в плазмі крові в день госпіталізації методом іонообмінної рідинно-колонкової хроматографії з використанням автоматичного амінокислотного аналізатора моделі AAA-339 фірми „Mikrotechna" (Чехія). Статистичну обробку даних виконано з використанням пакетів статистичних програм StatSoft, Inc. (2004) STATISTICA 7.0. та MedCalc Statistical Software version 12.7.8 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; http://www.medcalc.org; 2014).

Результати і обговорення. Логістичний регресійний аналіз виявив кореляцію між вихідним співвідношенням гліцин/серин в плазмі крові і розвитком ІУ (OR 0,023; 95%CI 0,003-0,265; p=0,0004). Багатофакторний логістичний регресійний аналіз з вихідним співвідношенням гліцин/серин та іншими демографічними (вік, стать), анамнестичними (стенокардія напруги, ХНК, цукровий діабет), клінічними (гостра лівошлуночкова недостатність в день госпіталізації), інструментальними (фракція викиду лівого шлуночка) і лабораторними (глюкоза, ммоль/л, креатинін, кмоль/л, ШКФ, мл/хв, загальний білок, г/л, лейкоцити *109/л, ШОЕ мм/год) показниками, за якими відрізнялась група хворих з ІУ, і наступний Receiver Operator Characteristic (ROC) аналіз виявили,

що співвідношення гліцин/серин було незалежним фактором ризику розвитку ІУ і характеризувалось доброю предикторною якістю логістичної регресійної моделі (площа під ROC-кривою 0,719±0,066; 95%CI 0,616-0,808; p=0,0009). Для величини співвідношення гліцин/серин ≤1,264 чутливість і специфічність у передбаченні виникнення ІУ становили і 79,17% і 69,12% відповідно.

Висновок. Вихідне співвідношення гліцин/серин ≤ 1,264 в плазмі є незалежним фактором ризику розвитку ІУ у хворих на Q-ГІМ з чутливістю 79,2% і специфічністю 69,1%.

СТАН СЕГМЕНТАРНОЇ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД УРАЖЕННЯ КРОНАРНИХ АРТЕРІЙ.

Хомич А.В.[2], Коваль О.А., Аносова Н.П.[2], Романенко С.В., Авакумова О.М.[2]

[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

[2] КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії» Дніпропетровської обласної ради

Мета дослідження: Вивчення показників сегментарної діастолічної функції (СДФ) лівого шлуночку (ЛШ) при обструктивній ішемічній хворобі серця (ІХС) у порівнянні із пацієнтами з ангіографічно неураженими коронарними артеріями (КА).

Матеріали і методи: 133 хворим з клінічними ознаками ІХС проведена коронароангіографія (КАГ), стандартна ехокардіографія, тканинна імпульсна доплерографія(ТІД) із визначенням швидкості діастолічного скорочення (Em) усереднене по 12 сегментам ЛШ та (e′) фіброзного кільця мітрального клапана (МК).Розраховували показники відношення глобальної діастолічної функції (E) до Em та e′. За результатами КАГ пацієнти були розподілені на дві групи: стенозуючого ураження коронарних артерій (СКА) – 49 хворих, та група з ангіографічно неураженими (НКА) – 84 пацієнта, порівнянні за статтю, віком, частотою виникнення і тривалістю артеріальної гіпертензії. Перенесений інфаркт міокарду без зубця Q був документований у 18,4% і 18,1% хворих груп СКА та НКА відповідно. Цукровий діабет і важка серцева недостатність (NYHAIII-IV) у пацієнтів були відсутні.

Результати: Групи достовірно не відрізнялися за показниками E/e′: у групі НКА цей показник склав 8,2 і у групі СКА 8,7 (p=0,15). Анализ динаміки E/ Em виявив істотну міжгрупову різницю:в групі НКА 9,37 і 11,43 СКА (p<0,0001).

Таблиця

Порівняльна характеристика показників СДФ по даним ТІД у хворих досліджених груп

Показник	НКА	СКА	p
E/e´	8,2	8,7	0,15
E/ Em	9,37	11,43	<0,0001

Висновки: Незважаючи на відсутність достовірних відмінностей між групами в доплерівському спектрі діастолічного потоку за даними ТІД, отриманих від фіброзного кільця МК, різниця між показниками діастолічного розслаблення окремих сегментів ЛШ є високо достовірною, що свідчить на користь їх більшої чутливості та є відображенням мозаїчного ушкодження міокарда, прітаманного саме ІХС. Це підтверджує доцільність додаткового використання ТІД для раннього виявлення порушень діастолічної функції міокарда ЛШ у хворих на ІХС навіть з ангіографічно неураженими КА.

СТАН СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Добрянський Д.В., Дудка П.Ф., Ільницький Р.І., Тарченко І.П., Іорданова Н.Х.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Велика поширеність хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), недостатня ефективність лікування і профілактики визначають ХОЗЛ як одну з найактуальніших проблем у сучасній клінічній пульмонології.

Мета дослідження: оцінити стан імунітету у хворих на ХОЗЛ.

Об'єкт і методи дослідження. Для вирішення поставлених задач обстежено 99 хворих на ХОЗЛ I–II стадії у фазі загострення.

Цитоімунофлуоресцентним методом визначали популяції та субпопуляції лімфоцитів (Лф) у периферійній крові – CD3+-Лф (Т-клітини), CD4+-Лф (Т-хелпери), CD8+-Лф (Т-цитотоксичні), CD16+-Лф (природні кілери), CD22+-Лф (В-клітини), CD25+-Лф (активовані, які експресують α-ланцюг ІЛ-2). Реакцію бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) проводили з фітогемаглютиніном (ФГА). Фагоцитарну активність нейтрофілів оцінювали за ступенем поглинання часток латексу з обчисленням фагоцитарного індексу (ФІ) Гамбурга. Концентрацію середньомолекулярної (11-19S) фракції циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) визначали методом диференційованої преципітації в розчині поліетиленгліколю. Сироваткові імуноглобуліни (Ig) G, A та M визначали за методом Mansini та співавт. (1965).

Вміст інтерлейкіну-4 (ІЛ-4) та фактору некрозу пухлин-α (ФНП-α) визначали кількісно імуноферментним методом. Проведено дослідження у 22 пацієнтів в II та III клінічній групі з використанням набору фірми ProCon (Росія).

Статистичний аналіз проводили параметричними і непараметричними методами із використанням критеріїв Ст'юдента (t), знаків, Уілкоксона (W), x2.

Результати досліджень та їх обговорення

У хворих на ХОЗЛ встановлено достовірне збільшення кількості ІЛ-4 та ФНП-α. Так, у пацієнтів II групи їх рівень становив відповідно (218,2 ± 17,8) пкг/мл та (64,5 ± 4,3) пкг/мл, що в 4,4 і 1,3 разу перевищував значення в групі контролю. У обстежених III клінічної групи рівні ІЛ-4 та ФНП-α достовірно збільшилися у 6,3 та 1,7 рази. На тлі активації системної запальної реакції, про що свідчить гіперцитокінемія, спостерігалось порушення у кількісному складі імунокомпетентних клітин та їх функціональної активності.

Аналіз показників системного імунітету у хворих на ХОЗЛ у фазі загострення показав, що найбільш суттєві зміни відбувались в клітинній ланці, зокрема, достовірне зменшення популяції CD3+-Лф – на 20,1 % та CD16+-Лф – на 34,8 %. Достовірне зниження інтенсивності РБТЛ на 23,5 % свідчило про пригнічення функціональної активності Т-лімфоцитів, що в разі зменшення їх кількості може негативно позначитись на захисних можливостях організму.

На тлі пригнічення Т-клітинної ланки імунітету спостерігалось збільшення кількості В-лімфоцитів в 1,8 разу ($p<0,05$), яке супроводжувалось зменшенням їх функціональної спроможності – зниженням рівня Ig A на 31,7 % ($p<0,05$) та Ig G – на 39,0 % ($p<0,05$). Відзначено також вірогідне підвищення ЦІК середнього розміру на 17,4 %.

Висновок. З боку показників, що характеризують стан системного імунітету виявлені різноспрямовані порушення, переважно з боку клітинної ланки імунітету та підвищення у крові рівнів цитокінів.

СТАН ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ ТА ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ В.

Петренко В.І., Процюк Р.Г., Марченко Г.Ф., Потайчук В.І., Бєгоулєв О.Є., Варченко Ю.А., Галан І.О., Малиновська Т.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Туберкульоз (ТБ), ВІЛ-інфекція, та вірусні гепатити (ВГ) у всьому світі визнані соціально небезпечними та важливими захворюваннями, боротьба з якими ведеться давно.

За останні роки туберкульоз набув особливо високої значущості, оскільки став вважатися опортуністичною інфекцією, що ускладнює перебіг ВІЛ-інфекції, особливо на термінальній стадії СНІДу. Лікування ВІЛ-асоційованого ТБ довготривале, потребує застосування великої кількості антимікобактеріальних (АМБП) та антиретровірусних препаратів, але, незважаючи на безсумнівні успіхи їх застосування, побічні реакції (ПР) цих препаратів обмежують проведення повноцінної хіміотерапії, так як вони є досить токсичними. Найчастіше ПР розвиваються при наявності у хворого супутніх захворювань, зокрема, захворювань печінки, особливо таких як вірусні гепатити.

Мета дослідження – вивчити функціональний стан печінки на фоні антимікобактеріальної терапії (АМБТ) у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та вірусним гепатитом В.

Матеріали дослідження. Дослідження проводилось на клінічній базі кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця – Київському міському протитуберкульозному диспансері №1 (КМ ПТД №1). Усім пацієнтам був проведений комплекс лабораторних досліджень, який включав: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові з визначенням активності цитолітичних ферментів (аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ)), рівня білірубіну та його фракцій, загального білку, ферментів, що вказують на наявність холестазу і токсичного ураження печінки (лужної фосфатази (ЛФ) та гама-глутамілтранспептидази (ГГТП)). Дослідження проводилося в перші три дні після госпіталізації хворих в протитуберкульозний диспансер до початку прийому АМБП та кожного місяця протягом інтенсивної фази лікування туберкульозу.

Отримані результати. Нами обстежено 67 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та вірусним гепатитом В.

Домінуючими формами туберкульозного процесу були інфільтративний (54%) та дисемінований туберкульоз (37,7%). У 8,3% – клінічні форми ТБ були поодинокими. Серед обстежуваних пацієнтів переважали чоловіки (48/71,6%), а частка жінок складала 28,4% (19). Середній вік пацієнтів становив 36,4 роки (від 21 до 63-х).

У пацієнтів виявлено біохімічні ознаки високої активності порушення функції печінки, а саме: показники ГГТП на кінець другого місяця АМБТ були підвищеними практично у всіх пацієнтів (у 78%) понад 50 Од./л., з великою частотою відмічалось підвищення активності АЛТ та АСТ, що свідчить про паренхімне ураження печінки. Так, підвищення активності АСТ більше, ніж в 3 рази (>120 Од./л), відмічалося у 9-ти пацієнтів (13,4%), у 52,2% – в межах 0-46 Од./л та у 31,4% – в межах 47-119 Од./л. У 11 (16,4%) пацієнтів відмічалося 2-4 кратне підвищення активності АЛТ (>120 Од./л при нормі до 49 Од./л).

Клінічні ознаки загострення вірусних гепатитів під час АМБТ у хворих проявлялися диспептичним синдромом (у 52,2%), болями та відчуттям важкості в правому підребер'ї (у 37%), жовтяницею (у 9,5%), гепатомегалією (у 11%) та шкірним свербіжем (у 26,3%).

Висновки. Ускладнення АМБТ при лікуванні туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та вірусним гепатитом В - є однією з найважливіших причин недостатньої ефективності поліхіміотерапії, так як призначення АМБП часто призводить до підвищення біохімічної активності гепатиту, погіршення клініколабораторних показників, частіше з'являються клінічні (жовтяниця, больовий та диспептичний синдроми, шкірний свербіж) та біохімічні (гіпербілірубінемія, підвищення активності АЛТ, АСТ та ЛФ) ознаки загострення гепатиту. Тому, часто вимушено доводиться не тільки змінювати режим лікування, але і в багатьох випадках відмовлятися від застосування найбільш ефективних по відношенню до мікобактерії туберкульозу препаратів. У зв'язку з цим, проблема ранньої діагностики, профілактики, корекції та лікування медикаментозних і токсичних уражень печінки залишається, як і раніше, актуальною в сучасній фтизіатрії, особливо при поєднанні туберкульозу, ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів.

СТАНИ ПОЄДНАННІ З ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ

Кузьміна А.П., Князєва О.В., Лазаренко О.М.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО, м.Кривий Ріг

Серед пацієнтів ревматичними хворобами гіперурикемія дуже поширена, обтяжує перебіг та корелює з погіршенням якості життя. Саме в цих випадках відзначена висока захворюваність на артеріальну гіпертензію (до 70%), ішемічну хворобу серця (ІХС) (45%), дисліпідемію (до 49%), ураження нирок (до 70%). Майже у 10% хворих розвивається інсульт, 40% серцева недостатність. В.М. Коваленко (2007) наголошує, що за умов подагри, провідною причиною зниження тривалості життя є серцево-судинні захворювання (ССЗ). Низкою видатних вчених Є.Л. Насоновим (2006), В.М. Коваленко (2007), Г.В. Дзяком (2011), О.В. Синяченко (2012) доведено, що гіперурикемія корелює із ССЗ і смертністю. Також на сьогодні відомо про передчасний і швидкий розвиток атеросклерозу у хворих на подагру. В більшості країн світу подагра є медико-соціальною проблемою в зв'язку з широкою розповсюдженістю, прогресуючим характером перебігу хвороби, високою частотою ускладнень. Не виключено, що подагра до розвитку клінічних проявів перебігає латентно (5–10 років), можливо саме в цей період починають пошкоджуватися тканини і органи. В основі прогресування хвороби полягає неконтрольована гіперурікемія, яка і обумовлює розвиток тяжких тофусних форм: депонування кристалів моноурата натрію в різних тканинах, розвиток хронічного тофусного артриту, подагричної нирки.

Мета дослідження – визначити провідні стани поєднанні з гіперурикемією у спостережуваних пацієнтів з подагричним артритом.

Матеріали і методи дослідження. В дослідження включені результати обстеження 100 хворих на подагру. Критерієм включення хворих у дослідження був достовірний діагноз подагри (код МКХ 10: М10). Середній вік пацієнтів становив 50,2±4,1років.

Результати дослідження. Ранній подагричний артрит (ПА) спостерігався у 67% випадків та виникав на тлі вже розвинутих метаболічних порушень, частіше артеріальної гіпертензії (АГ), абдомінального ожиріння (АО) і ішемічної хвороби серця (ІХС). Саме у цих випадках достовірно більш високими були значення С-пептиду, тригліцеридів, а також клінічних маркерів інсулінорезистентності (ІР) ($p<0,05$). У 54% пацієнтів подагрою визначався нефролітіаз. Хронічну хворобу нирок діагностовано у 21% пацієнта. Частота супутніх станів суттєво зростала (до 3-4). Частота АГ у пацієнтів подагрою становила 76% і ожиріння – 59%. У пацієнтів подагрою у поєднанні з АГ вище була частота нефролітіаза і тофусів. У пацієнтів з подагрою і ІХС визначалися множинні ураження суглобів

і зростала тенденція до хронізації перебігу. У 59% випадків спостерігалася комбінація 3–5 ознак. У 78% пацієнтів визначалася гіперхолестерінемія, 80% – гіпертригліцерідемія, 79% – підвищення рівню ХС ЛПНГ, 47% – низький рівень ХС ЛПВГ. Підвищені рівні ТГ, визначалися у хворих з кардіоваскулярними подіями в минулому. Встановлено кореляційний зв'язок між рівнем ТГ та холестерину і глюкози (r=0,37 і 0,41); між ЛПНГ і сечової кислоти (СК), ХС, глюкозою (r=0,08 r=0,34, r=0,28 r=0,04); між концентрацією ЛПВГ і рівнями СК, ХС, глюкози, ТГ (r= – 0,07 r= – 0,39, r=0,17, r= – 0,09). У пацієнтів з подагрою спостерігалися вагомі метаболічні зміни незалежно від наявності метаболічного синдрому (МС). Рівень гіперурикемії та тяжкість дисліпідемій значно були поширені серед пацієнтів з супутнім МС, а також часто зустрічалися за умов тяжкого перебігу хвороби (число нападів – 23–52). Вміст СК, СРБ і глюкози у пацієнтів на подагру залежав від активності патологічного процесу. Гіперурикемія була найвищою у пацієнтів з кардіоваскулярними подіями.

Висновок. Таким чином на вираженість клінічної симптоматики подагричного артриту певною мірою впливає комбінація з АГ, ІХС, МС, цукровим діабетом, гіперхолестерінемією, гіпертригліцерідемією, підвищеним рівнем ХС ЛПНГ, низьким рівнем ХС ЛПВГ.

СТРУКТУРА ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВАГІТНИХ ЖІНОК В 2004–2013 РР. (ЗА ДАНИМИ ЦЕНТРУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ)

Бондарева О.О.[1], Ченкалова Т.М.[2], Черненко Д.В.[2], Березницька Г.Г.[2]
[1] ДЗ „Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
[2] Пологовий будинок міської клінічної лікарні № 9 ДОР. Відділення патології вагітних (центр серцево-судинної та ендокринної патології). м. Дніпропетровськ

Мета. Визначення поширеності, структури та тенденцій екстрагенітальної патології (ЕП) у вагітних за останні роки.

Методи. Ретроспективний аналіз даних історій хвороб, обмінних карт вагітної, карт статистичної звітності 9595 жінок, госпіталізованих до відділення патології вагітних (центр серцево-судинної та ендокринної патології) пологового будинку міської клінічної лікарні № 9 ДОР за 2004–2013 рр.

Результати дослідження показали, що серед вагітних, госпіталізованих для додаткового обстеження до спеціалізованого відділення, акушерської та ЕП не підтверджено у 205 жінок (2,1%). Решта вагітних (9390 осіб, 97,9%) мали

ЕП, патологію вагітності або їх поєднання. Структура ЕП відповідала профілю відділення. Найчастіше реєструвалися хвороби серця і судин. Хвороби системи кровообігу (шифр 0.99.4) було діагностовано у 627 (6,5 %) осіб, ревматизм (шифр 0.99.4) – у 157 (1,6 %), вроджені вади серця (ВВС) (шифр 0.99.4) – у 260 (2,7%), гіпертонічна хвороба (ГХ) (шифр 0.10–11) – у 192 (2,0 %); дистонії за різними типами (шифр 0.99.3) – у 460 (4,8%); варикозне розширення вен (шифр 0.22.0) – у 97 (1,0%) осіб. На другому місці за частотою – хвороби ендокринної системи (шифр 0.99.2) (734 осіб (7,6%) та цукровий діабет (ЦД) (шифр 0.24.9) – у 471 (4,9%) осіб. Хоча відділення є спеціалізованим, обстеження та лікування в ньому отримали також вагітні з анемією (шифр 0.99.0) – (933 осіб, 9,7%), пієлонефритом (шифр 0.23.0) – (421 особи, 4,4%), хворобами органів травлення (шифр 0.99.6) – (214 осіб, 2,2 %) та органів дихання (шифр 0.99.5) – (175 жінок, 1,8%). Під час вагітності були діагностовано рак молочної залози, рак кишківника та рак нирки (по 1 випадку, відповідно по 0,01% кожної нозології).

За останні 5 років (2009–2013 рр.), порівняно з попередніми роками, за умов помірного зменшення жінок з хворобами системи кровообігу (6,1% проти 6,9%) спостерігається збільшення вагітних з ВВС (3,1% проти 2,3%), а за останні 3 роки ВВС діагностовано вже у 3,5% вагітних. Кількість жінок з ГХ збільшилась (2,5% проти 1,5%), особливо відчутно це відбулось в останні 3 роки: ГХ діагностовано у 3,2% вагітних. На різноманітні дистонії жінки також страждали частіше (5,2% проти 4,4%), як і на варикозне розширення вен (1,3% проти 0,7%). Дещо поменшало хворих на ревматизм (1,5% проти 1,7%). При стабільній кількості жінок з хворобами ендокринної системи (7,6% проти 7,7%) відбулося різке збільшення хворих на ЦД (7,4% проти 2,5%). У відділенні частіше отримали допомогу вагітні з анемію (10,3% та 9,1%), при цьому значно частіше вагітні страждали від інших хвороб крові (шифр 0.99.1) (1,6% проти 0,1%). Зросла також захворюваність вагітних на хвороби органів травлення (3,0% проти 1,4%), пієлонефрит (4,5% проти 4,3%) та хвороби органів дихання (2,0% проти 1,7%).

Висновки. Гостра та хронічна ЕП у вагітних значно поширена та не має тенденції до зменшення. Діагностика та лікування ЕП у вагітних суттєво відрізняються від стандартних лікувально-діагностичних підходів. Необхідно розробити методичні рекомендації для терапевтів, кардіологів, пульмонологів що до тактики лікування та диспансерного спостереження за жінкою з ЕП після завершення вагітності.

СТУПІНЬ ВПЛИВУ СЕРЕДНІХ ДОЗ СИМВАСТАТИНУ НА ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ ТА РІВЕНЬ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС

Бардаченко Н.І.[1], Курята О.В.[1], Бардаченко Л.А.[2], Філіппова Є.В.[2], Тімченко Є.В.[2]

[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології

[2] КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Мета: оцінити вплив симвастатину в середній дозі 40 мг на добу на показники ліпідного спектру крові та рівень С-реактивного білка (СРБ) у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та гіперхолестеринемією.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 26 пацієнтів (20 жінок і 6 чоловіків) у віці від 45 до 76 років (середній вік – 58,69 ± 1,64 років) з ІХС та підтвердженою гіперхолестеринемією. Всім пацієнтам визначали вміст у сироватці крові загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ); вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою W.T. Friedewald (ХС ЛПНЩ = ЗХС – (ХС ЛПВЩ + ТГ/2,2), де ТГ/2,2 – вміст холестерину у складі ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) та розраховували рівень ХС не-ЛПВЩ (ХС не-ЛПВЩ=ЗХС-ХС ЛПВЩ). Також визначали рівень СРБ як одного із значущих предикторів коронарних подій.

Результати дослідження. За результатами нашого дослідження середній рівень ЗХС вже через 2 тижні лікування достовірно знизився на 22,1% (p=0,000001), а через 6 тижнів – на 30,8% (p=0,000001). Враховуючи це, ми розподілили пацієнтів за рівнем зниження ЗХС на 2 групи, але за критерій зниження ЗХС взяли 30%. Так в першу групу увійшли пацієнти зі зниженням ЗХС крові до 30%, у другу – пацієнти зі зниженням ЗХС більш ніж на 30%. Першу групу склали 14 (53,8%) пацієнтів, другу – 12 (46,2%).

Таблиця 1. Середні значення показників ліпідного комплексу до лікування по групам

Показники		До лікування		p
		1 група (↓ ЗХС до 30%)	2 група (↓ ЗХС > 30%)	
ЗХС	До лікування	5,76 ± 0,11	6,84 ± 0,24	0,002*
	Через 6 тижнів	4,36 ± 0,08	4,29 ± 0,09	0,530

ЛПНЩ	До лікування	3,8 ± 0,18	4,59 ± 0,16	0,019*
	Через 6 тижнів	2,41 ± 0,06	2,42 ± 0,11	1,000
ЛПВЩ	До лікування	1,36 ± 0,07	1,38 ± 0,09	0,875
	Через 6 тижнів	1,50 ± 0,05	1,35 ± 0,07	0,068
ЛПДНЩ	До лікування	0,69 ± 0,16	0,86 ± 0,24	0,814
	Через 6 тижнів	0,46 ± 0,04	0,53 ± 0,05	0,480
ХС не-ЛПВЩ	До лікування	4,42 ± 0,10	5,46 ± 0,30	0,003*
	Через 6 тижнів	2,87 ± 0,06	2,95 ± 0,11	0,814

Примітка. р – вірогідність між вихідними показниками 1-ї та 2-ї груп за критерієм Вілкоксона

Відповідно до даних таблиці 1 у 2-й групі до лікування середні показники ЗХС, ХС ЛПНЩ та ХС не-ЛПВЩ були достовірно вище у порівнянні з показниками 1-ї групи (р=0,002; р=0,019; р=0,003 відповідно). Наприкінці 6-го тижня вірогідних відмінностей між показниками ліпідного спектру у групах спостереження не було.

На фоні проводимої терапії наприкінці 6-го тижня дослідження середній рівень СРБ знизився на 32% (р=0,002), що свідчить про значний протизапальний ефект симвастатину. Аналізуючи зниження рівня СРБ по виділеним групам пацієнтів, отримані дані свідчать про те, що в групі зі зниженням ЗХС <30% середній рівень СРБ вірогідно знизився на 42,4% (р=0,007), а у групі зі зниженням середнього рівня ЗХС > 30% – на 24,4% (р=0,071).

Висновки. Таким чином, лікування симвастатином в середній дозі 40 мг на добу призводить до сприятливих змін ліпідного профілю, а також ступінь впливу симвастатину на ліпідні фракції залежить від їх вихідного рівня.

СУЧАСНІ НАПРЯМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, СПОЛУЧЕНЕ З ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Скиба Т.А.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

ХОЗЛ – одне з найпоширеніших захворювань людини, яким за даними ВООЗ уражено 0,8% населення планети. На ХОЗЛ страждають переважно особи

старше 40 років, при цьому рівень захворюваності серед чоловіків вище (0,9%), ніж серед жінок (0,7%). У найближчі роки прогнозується подальше збільшення захворюваності на ХОЗЛ. Системне запалення в даний час розглядається як значуща складова патогенезу ХОЗЛ, яка здатна слугувати фактором ризику розвитку і прогресування численних ускладнень захворювання. Серед системних ефектів ХОЗЛ досить часто виділяють розвиток остеопорозу як основи для розвитку остеоартрозу (ОА). У пацієнтів старше 40 років коморбідність ХОЗЛ і ОА зустрічається досить часто. Поряд із базисним лікуванням важливе значення в терапії обох захворювань приділяється медичній реабілітації. Раціональні навантаження є показаними хворим на ОА. Проте, у пацієнтів із ХОЗЛ відмічається нижча схильність до фізичної активності, ніж у здорових. Регулярні фізичні вправи здатні знизити смертність та ризик госпіталізацій внаслідок ХОЗЛ, проте, не завжди хворі на супутній ОА мають можливість їх виконувати. Поряд із доступними фізичними навантаженнями актуальною є проблема пошуку заходів медичної реабілітації, які є прийнятними для виконання усіма хворими та надавали б корисну дію на основні патогенетичні ланки обох захворювань. Сучасними дослідженнями показана значущість розвитку вторинної імунної недостатності при обох захворюваннях. Додаткове введення на амбулаторному етапі імуноактивних препаратів може допомогти знизити ризик загострень ХОЗЛ та ОА, сприяти підвищенню фізичної активності хворих та якості їх життя.

Мета дослідження – розробити метод медичної реабілітації хворих на ХОЗЛ, поєднане з ОА.

Матеріал та методи дослідження. Досліджено 46 хворих середнім віком (52,4 ± 3,3) років із ХОЗЛ клінічної групи В (GOLD II), поєднаним із ОА у фазі нестійкої клінічної ремісії, після перенесеного загострення ХОЗЛ. Пацієнти методом сліпої рандомізації були розподілені на 2 групи – дослідну (23 особи) та порівняння (25 хворих). Група порівняння лікувалася тільки базисними засобами ХОЗЛ та ОА у відповідності з вітчизняними Протоколами. Дослідна група на амбулаторному етапі додатково до базисних засобів отримувала препарат глюкозамінілмурамілдипептид (ГМДП) у дозі 1 мг натщесерце 1 раз на добу впродовж 10 днів. Стан клітинного імунітету пацієнтів досліджувався до та через 1 місяць після проведеної імунореабілітації.

Результати дослідження. Перед ви пискою, незважаючи на позитивний результат лікування, у пацієнтів як дослідної групи,так і у хворих групи порівняння зберігався вторинний імунодефіцитний стан зі зниженням співвідношення CD4/CD8. Через 1 місяць у пацієнтів дослідної групи всі показники клітинного імунітету досягли нижньої межі референтної норми.

У пацієнтів групи порівняння, не зважаючи на поліпшення досліджених показників, всі вони залишилися нижчими за норму, що створювало підстави для не стабільної клінічної ремісії.

Висновки. Додавання до базисних засобів ведення хворих на ХОЗЛ, сполучене із ОА на амбулаторному етапі нагляду за хворими імуноактивного препарату глюкозамінілмурамілдипептиду у дозі 1 мг натщесерце 1 раз на добу впродовж 10 днів є ефективним заходом медичної реабілітації, який сприяє нормалізації показників клітинного імунітету, попередженню загострень ХОЗЛ, у пацієнтів із його сполученням з ОА.

ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Ефременкова Л.Н., Якименко Е.А., Закатова Л.В., Кравчук О.Е., Клочко В.В.
Одесский национальный медицинский университет

Целью исследования было изучение особенностей течения остеоартроза (ОА) у женщин с сопоставимым индексом массы тела при наличии и отссутствии метаболического синдрома (МС).

Обследовано 60 женщин с остеоартрозом (ОА) коленных суставов (30 с метаболическим синдромом (МС) – исследуемая группа и 30 – без него –контрольная группа), средний возраст 56,2 + 1,4 года. Клиническое исследование включало изучение интенсивности болевого синдрома по 10 – балльной визуально- аналоговой шкале (ВАШ), качество жизни – по величине альгофункционального индекса Лекена, индекса EuroQol-5D. Антропометрия включала измерение роста и массы тела, вычисление индекса массы тела. МС диагностировали в соответствии с критериями ВОЗ. Диагноз ОА ставили на основании критериев Л.И. Беневоленской и соавт. Рентгенологическую стадию ОА определяли при помощи критериев J.H. Kellgren и J.S. Lawrence. В исследование включены больные с I-II рентгенологической стадией ОА. В начале исследования определяли уровни инсулина, лептина, С-реактивного белка, интерлейкина-1 (ИЛ-1) иммуноферментным методом.

Повторное исследование, включавшее рентгенологическое исследование суставов, проводили через 2 года.

В результате исследования выявлено, что у больных исследуемой группы в сравнении с контрольной при сопоставимой рентгенологической стадии ОА более интенсивный болевой синдром (интенсивность боли по ВАШ составила в

исследуемой группе 3,14 + 0,2, в контрольной –2,47 + 0,1), хуже качество жизни (выше альгофункциональный индекс Лекена (6,75 + 0,4 и 5,44 + 0,3 соответственно) и индекс EuroQol-5D (3,2 + 0,1 и 2,3 + 0,1 соответственно), различия основной и контрольной групп везде достоверны). Индекс массы тела был в обеих группах сопоставим –30,9 + 0,13 и 31, 2 + 0,15 в основной и контрольной группах соответственно. У больных с МС в сравнении с больными без него выше уровни инсулина (16,9 + 0,19 мкМЕ/мл и 10,7 + 0,20 мкМЕ/мл соответственно) и индекс HOMA (4,9 + 0,3 и 2,1 + 0,2 соответственно), лептина (17,3 + 0,4 нг/мл и 12,9 + 0,5 нг/мл соответственно), С-реактивного белка (3,9 + 0,05 мг/л та 2,1 + 0,07 мг/л соответственно) и ИЛ-1 (16,4 + 1,3 пг/мл и 9,7 + 0,7пг/мл соответственно).

При рентгенологическом исследовании через 2 года отрицательная динамика рентгеновской суставной щели наблюдалась у 5 (16,7%) из 30 больных исследуемой группы и у 2 (6,7%) из 30 больных контрольной группы то есть в исследуемой группе отрицательная рентгенологическая динамика наблюдалась в 2,5 раза чаще, чем в контрольной.

Таким образом, наличие МС у больных ОА асоциируется с более интенсивным болевым синдромом, худшим качеством жизни, высокими уровнями лептина, инсулина, С-реактивного белка и ИЛ-1. Активирующее влияние лептину на иммунокомпетентные клетки стимулирует развитие хронического субклинического воспаления, о чем свидетельствуют повышенные уровни ИЛ-1 и С-реактивного белка. Наличие МС ассоциировано с более выраженной отрицательной динамикой суставной щели у больных ОА.

THE INFLUENCE OF DYSLIPIDEMIA ON THE DEVELOPMENT OF NONOBSTRUCTIVE CORONARY ARTERY DISEASE

Zabida A., Kuryata O., Karavanska I.
State Establishment «Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

Dyslipidemia is one of the important risk factor of cardiovascular diseases (CVDs) due to its harmful effect on vascular endothelium. In previous studies founded that 70% of pts with coronary artery diseases (CADs) had dyslipidemia. In TIMI 11B study mentioned that 14.6% of pts with acute coronary syndrome had a nonobstructive CAD.

The aim of our study was to determine the relationship between dyslipidemia (especially hypertriglycerdemia) and Nonobstructive CAD.

Methods. From 475 pts were admitted to cardiology department we choosed group of 159 pts who had CAD with dyslipidemia (70 pts had stable angina(FC II-III), arterial hypertension - 79pts, myocardial infarction in anamnesis - 26pts, heart failure - 2pts). We divided the pts into 2 main groups according to their lipoprotein levels. The 1st group: (n=99) pts with IIa dyslipidemia (elevated levels of total cholesterol (TC) and LDL with normal level of triglyceride (TG). The 2nd group: (n=60) pts with type IIb dyslipidemia (combination of elevated levels of TC, LDL, TG and VLDL).

Results. According to the results of angiography 31.7% pts of 1st group had nonobstructive coronary arteries. In 1st group: 58 (58.6%) pts had hypercholstermia (5.7 ±0.17 mmol/l), 70 (70.7%) pts had high level of LDL (3.09 ± 17 mmol/l), 22 (22.2%) pts had high level of VLDL (0.86 ±0.22 mmol/l), 34 (34.3%) pts had normal level of HDL (1.2 ±0.17 mmol/l), 39 (39.4%) pts had normal level of TG (1.6±0.15 mmol/l). 36.6 % pts of the 2nd group had angiographic nonobstructive coronary arteries. In 2nd group: 38 (63.3%) pts had hypercholstermia (5.45±0.19mmol/l), 42 (70%) pts had high level of LDL (3.12±0.24), 2 (3.3%)pts had high level of VLDL (0.81±0.11mmol/l), 21 (35%) pts had normal level of HDL (1.2±0.32mmol/l), 23 (38.3%) pts had hypertriglyceridemia (1.77±0.17mmol/l). In general 68.3% of pts with dyslipidymia (36.6% of them with hypertriglyceridemia) had Nonobstructive CAD.

Conclusion. Nonobstructve CAD was found in high percentage in pts with dyslipidemia, especially pts who had hypertriglycerdemia.

УРОВЕНЬ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕОЛИЗА И ГАЛЕКТИНА -3 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА

Скоромная А.С.[1], Коваль Е.А.[2]

[1]КУ «Днепропетровский областной клинический центр кардиологии и кардиохирургии»

[2]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Галектин-3 известен как отрицательный прогностический фактор, ответственный за прогрессирование миокардиофиброза, ремоделирования миокарда и воспаления. Однако, немногое известно о взаимосвязи уровня галектина-3 и содержанием ингибиторов протеолиза.

Цель работы: оценить уровень ингибиторов протеолиза у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST после успешной реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы исследования: нами были исследованы последовательные изменения содержания галектина-3 (Г3), α1 ингибитора протеаз (α1ИП) и тканевого ингибитора металлопротеиназ (ТИМП-1: 116 нг / мл ± 1,2 нг / мл) в периферической венозной крови 33 пациентов с ОКС, средний возраст 61 год, 82,3% мужчины, всем была проведена успешная реваскуляризация. Образцы были взяты до и через 7 суток после проведения процедуры. Уровни Г3 плазмы крови определяли методом количественного иммуноанализа (N (SD) 6,8 ± 1,3 нг/мл), α1ИП активность измеряли с помощью микрометода (подавление хромогенного субстрата N-бензоил-DL-аргинин-п-нитроаналида, расщепления трипсином в плазме, N (M, SD): 363,1 ± 20,7 мкмоль / л).

Уровни Г3 были повышены у 75% больных (19,3 ± 2,4 нг / мл; p <0,001), у остальных пациентов показатель был в пределах нормы (5,4 ± 0,6 нг/мл). Это повышение практически нормализовалось (7,6 ± 0,9 нг / мл), хотя и продолжало оставаться несколько выше нормы (12,2 ± 2,8 нг / мл) у пациентов с максимальным содержанием Г3 до проведения реваскуляризации (r -0,58; p= 0,0044). Такая динамика отмечалась на фоне постоянно пониженного уровня α1ИП (164,4 ± 32 мкмоль / л в 1-й день и 134,5 ± 29 мкмоль / л в 7-й день; p <0,001) и умеренно повышенного содержания ТИМП-1.

Выводы: Развитие ОКС, острого инфаркта миокарда закономерно вызывает активацию протеолитических процессов, в частности активацию металлопротеиназ. Однако контрегуляторное повышение содержания и активности всех ингибиторов протеолиза не происходит. Так, наряду с повышением содержания ТИМП-1 в течение всего острого периода заболевания наблюдается стойкое снижение активности α1ИП. На этом фоне первоначальный рост содержания уровня галектина-3 с последующей его нормализацией возможно рассматривать в качестве контррегулярной реакции, что требует дальнейшего подтверждения.

УРОВНИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ (ЛЕЙКОЦИТЫ, С-РБ И ПРОКАЛЬЦИТОНИН) У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

Перцева Т.А., Киреева Т.В., Кравченко Н.К.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра факультетской терапии и эндокринологии

Инфекции нижних дыхательных путей и, в особенности острый бронхит (ОБ) – наиболее распространенная причина необоснованного назначения антибиотиков (АБ). Использование маркера бактериального воспаления прокальцитонина (ПКТ) позволяет снизить частоту применения и длительность курса АБ,

что особенно важно для такой категории пациентов как беременные. Однако, возможность применения ПКТ для определения необходимости назначения АБ у беременных с ОБ еще не изучена.

Цель: изучить уровень ПКТ и маркеров системного воспаления (лейкоциты (Лц) и С-РБ) у беременных с ОБ и сравнить полученные данные с показателями здоровых беременных.

Материалы и методы. Обследована 31 беременная. В Группу 1 вошли 16 женщин с диагнозом ОБ (возраст Med [25–75%] 26 [24–27] лет, срок беременности 29 [25–34] нед.), из них 9 получали АБ (далее подгруппа А), а 7 – нет (далее подгруппа В). Группа 2 состояла из 15 практически здоровых беременных (возраст 32 [22–39] лет, срок беременности 35 [33–37] нед.; p>0,05). В Группе 1 клинические и лабораторные данные оценивались на 1–3 сутки с момента поступления (визит 1) и на 5–7 день лечения (визит 2). Количественное определение уровня ПКТ проводилось в сыворотке крови иммунолюминометрическим методом.

Все беременные из Группы 1 были направлены в стационар с подозрением на внегоспитальную пневмонию (ВП). Диагноз ВП был исключен. Ведущими жалобами на момент поступления были повышение температуры (37,8 [37,5–38]°С), общая слабость и кашель. Лабораторные данные Групп 1 и 2 представлены в таблице 1.

Группы	Визит 1			Визит 2		
	Лц Med [25–75%]*109/л	С-РБ Med [25–75%] Ед/л	ПКТ Med [25–75%] нг/мл	Лц Med [25–75%]*109/л	С-РБ Med [25–75%] Ед/л	ПКТ Med [25-75%] нг/мл
1	11,6 [8,9–11,8]v	2,8 [2,2–4,6]#	0,022 [0,02–0,035]*^	8,6 [7–9]	1,9 [1,6–2,2]	0,022 [0,02-0,03]
2	9,8 [7,8–11,7]	2,05 [1,8–2,9]	0,047 [0,025–0,10]			

Примечания: 1) * – p>0,05 между визитами (Wilcoxon); 2) ^ – p<0,05 между группами (M-W); 3) v– p<0,05 между визитами (Wilcoxon); 4) # – p<0,05 между визитами (Wilcoxon).

Уровень ПКТ в Группе 1 был достоверно ниже, чем в Группе 2. Это может быть связано с тем, что одним из факторов подавляющим выделение ПКТ, является интерферон гамма, который вырабатывается при вирусной инфекции.

На визите 2 у больных подгрупп А и В отмечалось значительное улучшение состояния, нормализация температуры, уменьшение кашля на фоне достоверного снижения уровней Лц и С-РБ, при отсутствии динамики ПКТ. Достоверных

различий уровня ПКТ в подгруппах А и В на визитах 1 и 2 не выявлено. При этом, длительность лечения АБ в подгруппе А была 5±1,3 дня.

Выводы: ПКТ у беременных с ОБ может быть использован для объективизации необходимости назначения АБ.

УТВОРЕННЯ БІОПЛІВОК УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ

Вінник Н.В., Кудрявцева В.Є., Бордунос К.С., Герасименко Л.Є.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

На даний час не викликає сумнівів, що симбіотичні та умовно – патогенні бактерії при колонізації шлунково-кишкового тракту можуть формувати біоплівки – мікробні спільноти, що утворюють шар на поверхні слизових оболонок. До біоплівок можуть бути віднесені будь-які однорідні чи змішані спільноти мікрооргізмів, які мають здатність прикріплятися до твердих поживних субстратів. За допомогою біоплівок бактерії колонізують різноманітні тверді органічні субстрати, у тому числі тканини макроорганізмів. Утворення біоплівок пов'язано з комунікативним проявом «відчуття кворуму» (Quorum Sensing) бактерій у спільнотах, що характеризується великою щільністю популяції та високою фізіологічною активністю. Вважають, що розвиток запального процесу тісно пов'язан з формуванням біоплівки збудниками, які здатні пошкоджувати тканини макроорганізму.

Мета дослідження: визначити придатність однорідних та змішаних мікробних спільнот до утворення біоплівок in vitro.

Методи дослідження. У дослідження включено штами мікроорганізмів наступних родів: Staphylococcus, Candida, Escherichia, Klebsiella, Proteus, виділених із кишкових випорожнень пацієнтів, госпіталізованих у відділення захворювання кишківника. У дослідженні використовували добові культури, вирощені у м'ясо-пептонному бульйоні (МПБ). Кожен варіант бульйонної культури та поєднані між собою різні варіанти культур паралельно вносили в окремі чашки Петрі на стерильне предметне та пластикове скло у кількості 0,05 мл, інкубували в термостаті при 37°С – 3 години, після чого додавали свіже поживне середовище – 2 мл. Посіви інкубували в статичних умовах в термостаті при 37°С – 24 та 48 годин. Наступного дня довбові предметні скельця з культурами відмивали 3 рази ізотонічним розчином, фіксували 96% розчином спирту та фарбували протягом 2 хвилин 0,1% водним розчином кристалічного фіолетового

для пофарбування сформованих біоплівок. Ті ж самі дії проводились і на другу добу.

Отримані результати. Майже усі клінічні ізоляти мали виражену здатність до формування біоплівок. Зміни бактеріальних біоплівок відображають прояв взаємодії мікроорганізмів міжвидових спільнот. Найяскравіше це явище спостерігалося у спільнотах Candida, Staphylococcus, Klebsiella. Схожими результати були при дослідженні біоплівок, утворених вище вказаними чистими культурами.

Біоплівки, утворені на першу добу були більш вираженими, ніж біоплівки, утворені на другу добу. Слід відмітити, що здатність культур мікроорганізмів утворювати біоплівки на пластику була вищою, ніж на склі.

Висновки. Отримані дані дають змогу використовувати ці культури у подальших дослідженнях для вивчення морфофункціональних властивостей біоплівок та спостерігати за змінами цих властивостей при дії на них різноманітних факторів.

ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИХ УРАЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ

Гриджук Т.І.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Згідно літературних даних концентрація ФНП-α тісно пов'язана із особливостями метаболічних процесів у гепатоцитах, що обумовило нашу зацікавленість дослідженням патогенетичного значення цього цитокіна при медикаментозно-індукованих ураженнях печінки (МІУП) у хворих на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ).

Метою роботи було встановлення клініко-діагностичного значення ФНП-α при МІУП у хворих на ХЛЛ.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 90 хворих на ХЛЛ, в яких діагностовано медикаментозно-індуковані ураження печінки, серед них 54 (60%) чоловіків та 36 (40%) жінок віком від 38 до 74 років. Середній вік хворих становив (54,3±2,43) роки. Усі хворі були рандомізовані на 3 групи залежно від дослідження варіанту медикаментозно-індукованого ураження печінки: I) – хворі з гепатоцелюлярним типом МІУП (n=32); II) – хворі з холестатичним типом МІУП (n=28); III) – хворі зі змішаним типом МІУП (n=30). Контрольну групу склало 20 практично здорових осіб, в яких при повному клінічному і

лабораторному обстеженні не виявлено патології печінки. Діагноз МІУП був верифікований згідно клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гастроентерологія», затверджених наказом МОЗ України № 271 від 13.06.2005р.

Програма обстеження пацієнтів включала: оцінку скарг і анамнестичних даних, фізикальний огляд, загально-клінічні дослідження периферичної крові, дослідження біохімічних показників крові, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини. Для реалізації мети роботи обстеженим пацієнтам проводили визначення рівня ФНП-α у крові методом ІФА на аналізаторі «Stat Fax 303 Plus» (США) із використанням набору реагентів «ELISA-TNFα» (DIACLONE, Франція). Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері з використанням комп'ютерної програми STATISTIKA-6 і пакета статистичних функцій програми «Microsoft Excel».

Отримані результати. Встановлено, що в усіх обстежених хворих відмічається суттєве підвищення рівня ФНП-α у плазмі крові. Так, у хворих II групи середнє значення ФНП-α становило (36,5±1,8) пг/мл проти (6,8±0,18) пг/мл у здорових осіб ($p<0,001$). У хворих III групи середнє значення досліджуваного показника становило (42,3±1,06) пг/мл, що вірогідно вище в порівнянні з практично здоровими ($p<0,001$). Встановлено, що у хворих I групи з гепатоцелюлярним типом МІУП рівень ФНП-α був найвищим та дорівнював (47,4±1,2) пг/мл в порівнянні із хворими II та III груп ($p<0,05$). Високий вміст ФНП-α супроводжувався вираженою клінічною картиною МІУП з ознаками запального процесу. Встановлено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією в крові ФНП-α і плазмовим рівнем АлАТ ($r=0,69$ ($p<0,01$) у I групі, +0,58 ($p<0,01$) у II групі та +0,67 у III групі хворих ($p<0,01$). Гіперпродукція ФНП-α сприяла активації процесів ПОЛ – виявлені прямі кореляційні співвідношення між вмістом ФНП-α і МДА в крові ($p<0,05$), що очевидно зв'язано із здатністю ФНП-α стимулювати звільнення нейтрофілами пероксиду водню та активних радикалів кисню, які підтримують запальну реакцію.

Висновок. Аналіз результатів дослідження дозволив встановити підвищення рівня цитокінів у хворих на МІУП та верифікувати диференційні особливості цитокінового профілю в залежності від типу МІУП, а також довести вагоме клінічне значення ФНП-α в патогенезі токсичних гепатитів.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРА ТАБАКОКУРЕНИЯ

Родионова В.В.[1], Коваленко Е.Н.[1], Николаенко-Камышова Т.П.[2], Воронина Н.А.[2]
[1]ГУ «Днепропетровкая медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра госпитальной терапии №1 и профпатологии
[2]КУ «Днепропетровская многопрофильная клиническая больница № 4 ДОС»

Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) наряду с сердечно-сосудистыми составляют ведущую группу хронических заболеваний, общим фактором риска развития и прогрессирования которых является табакокурение. Формированию внелегочных системных проявлений при ХОЗЛ способствует гиперпродукция провоспалительных цитокинов вследствие повреждения сосудистого эндотелия и активация тромбоцитарно- сосудистого звена гемостаза, что повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2–3 раза.

Цель работы: сравнить функциональную активность тромбоцитов у пациентов с ХОЗЛ в зависимости от приверженности курению.

Методы исследования: Спирометрия с определением объема форсированного выдоха за 1с. (ОФВ1), постбронходилятационного отношения объема форсированного выдоха за 1с к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ1/ФЖЕЛ),оценочные шкалы mMRC, CAT, общий анализ крови с определением количества тромбоцитов (tr), определение спонтанной и индуцированной АДФ и коллагеном агрегации тромбоцитов (анализатор агрегации 2110 «Солар»).

Клиническая характеристика. Обследовано 36 больных ХОЗЛ 2 ст., в возрасте от 42–63 года (55.88±3.65 лет). В группу I вошли 25 курящих в настоящее время больных (24.15±1.85 «пачко-лет»), в группу II – 11 больных не курящих вообще или прекративших курение более 3-х лет назад. Диагноз ХОЗЛ в группе I установлен 9.3±2.6 г. назад, в группе II – 8.7±1.9 г. Группы были однородными по выраженности бронхообстуктивного синдрома: ОФВ1 – 64.72±6,12% от должного, значение соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ – 65.34±4,36%. Все больные относились к категории В (GOLD,2011) согласно интегральной оценке симптомов (mMRC ≥2, CAT>10, CCQ≥1).

Результаты. У пациентов группы I выявлено увеличение спонтанной агрегации tr до 28.26±3.45% (n=20.0±2.5%), индуцированной АДФ агрегации tr–до 82.23±5.42с., коллагеном – до 83.14+4.67с. (n=58.0-74.0 с.) при уровне tr 267.1±23.12 Г/л. В группе II спонтанная агрегация tr составила 21.58±2.34%, индуцированная АДФ агрегация tr–77.24±4.22с., коллагеном – 76.52±5.14сек.

при уровне tr–253.0±24.68 Г/л. Функциональная активность tr превышала норму в обеих группах, при этом достоверно выше уровни спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов были в группе I ($p<0,05$).

Выводы. У больных ХОЗЛ выявлено увеличение функциональной активности тромбоцитов. Табакокурение способствует изменению сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза и повышает риск развития тромботических осложнений при ХОЗЛ. Уменьшению риска тромбообразования на этапе уже сформировавшегося ХОЗЛ может служить отказ от курения, лицам продолжающим курить в терапию целесообразно включать дезагреганты.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН, РІВНІ АДИПОНЕКТИНУ, ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ТА МОЖОИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ L-АРГІНІНОМ

Курята О.В[1]., Сіренко О.Ю.[1], Філіппова Є.В.[2], Тімченко Є.В.[2]
[1] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра госпітальної терапії № 1 та профпатології
[2] КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

В даний час ендотеліальну дисфункцію розглядають як зв'язуючу ланку, яке ініціює початковий етап кардиоваскулярного та метаболічного континууму. Цей факт зумовлює пошук шляхів її корекції, зокрема при коморбідних станах з високим кардіоваскулярним ризиком, до яких відносять артеріальну гіпертензію (АГ) і ревматоїдний артрит (РА).

Мета дослідження: оцінити функціональний стан ендотелію судин, рівні адипонектину, інсулінорезистентності у хворих з АГ в поєднанні з РА та можливості їх корекції при застосуванні пероральної форми Л-Аргініну аспартату.

Матеріали та методи. Обстежені 42 хворих (жінок – 38, чоловіків – 4) у віці від 45 до 65 років (середній вік – 54 [51; 60] року) з АГ в поєднанні з РА. Групу порівняння А склали 20 пацієнтів з РА, групу порівняння Б - 20 пацієнтів з АГ. 29 обстежених хворих основної групи, у яких була встановлена ендотеліальна дисфункція за результатами проби з реактивною гіперемією (ЕЗВД), розділені на дві підгрупи. Першу підгрупу склали 14 хворих, яким призначався L-аргініну аспартат у складі комплексної терапії, другу - 15 пацієнтів, які отримували тільки стандартну терапію. До початку терапії групи були порівнянні за усіма дослідженими показниками ($p> 0,05$ при всіх порівняннях) і характером проведеної основної терапії. Визначення ЕЗВД та динаміки адипонектину, інсуліну, інсулінорезистентності проводилася через 4 тижні.

Результати. Надмірна вага і ожиріння були встановлені у 34 (81%) хворих на АГ в поєднанні з РА та асоціювались з тривалістю РА, рівнем С-реактивного протеїну, тривалістю глюкокортикоїдної терапії. Ендотеліальна дисфункція була встановлена в більшості пацієнтів – 31 (73,8%), інсулінорезистентність - в 35 (83,3%), підвищений рівень адипонектину – в 18 (42,9%). Пацієнти з ожирінням мали достовірно вищий рівень С-реактивного протеїну, інсулінорезистентність, ендотеліальної дисфункції. Після 4 тижнів лікування L-аргініном ЕЗВД збільшилася на 33,6% в порівнянні зі стандартною терапією (p=0,003). Рівень інсулінорезистентності в кінці дослідження був достовірно нижчим на 8,9% серед пацієнтів основної групи (p<0,05). Включення L-аргініну аспартату до терапії сприяло найбільш значному підвищенню HOMA2-% S при досягненні ЕЗВД≥10%. Необхідно також відзначити тенденцію до зниження рівня адипонектину у пацієнтів, котрі отримували L-аргініну аспартат (p = 0,06), у той час як у пацієнтів з корекцією ендотеліальної дисфункції спостерігалося достовірне зниження рівня адипонектину (p = 0,04).

Висновки. Хворі на АГ в поєднанні з РА характеризуються більш високим рівнем ендотеліальної дисфункції, інсулінорезистентності, порушення жирового обміну порівняно з контрольними групами. Застосування L-аргініну аспартату в складі комплексної терапії сприяє зниженню рівнів інсулінорезистентності, адипонектину в умовах ефективної корекції ендотеліальної дисфункції у цій категорії хворих.

ХОЗЛ: СВЯЗЬ ОБОСТРЕНИЙ И КОЛИЧЕСТВА ФРАКЦИОННОГО АЗОТА (NO) В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ

Перцева Т.А., Гашинова Е.Ю., Крыхтина М.А.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра факультетской терапии и эндокринологии

Поиск неинвазивных маркеров обострений хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) остается актуальным и в нынешнее время. Перспективным в этом плане может стать измерение NO в выдыхаемом воздухе.

Цель: исследовать уровень NO у пациентов с ХОЗЛ в период ремиссии и в период обострения.

Материалы и методы: был обследован 61 пациент с ХОЗЛ (стадии GOLD 2-4, категории A-D). Группу 1 составили пациенты с ХОЗЛ в стадии ремиссии (n = 38), группу 2 составили пациенты в стадии обострения (n = 23). В группу 3 вошли 11 практически здоровых добровольцев. У всех обследуемых концен-

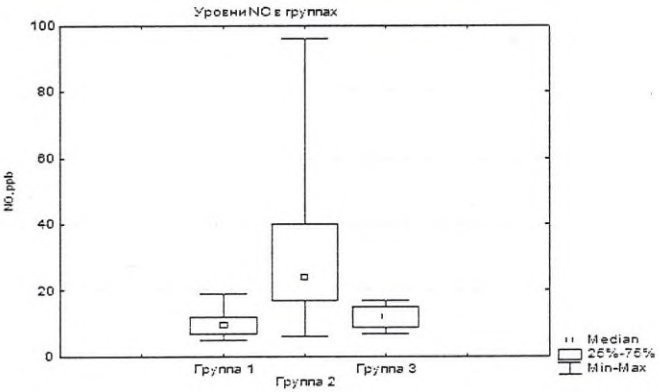
трацию NO в выдыхаемом воздухе определяли с помощью аппарата Niox Mino (Aerocrine, Швеция).

Результаты

Все три группы были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим показателям и статусу курения ($p > 0.05$). Значения уровня NO в выдыхаемом воздухе в группах сравнения представлены на рис. 1.

Рисунок 1. Уровень показателей NO в группах сравнения.

Примечание. *P 1-2 = 0,00; ** P 1-3 = 0,78*** P 2-3 = 0,00.



Выводы: при обострении ХОЗЛ уровень NO в выдыхаемом воздухе достоверно выше, чем у здоровых людей и у пациентов с заболеванием в фазе ремиссии. В связи с этим исследование уровня NO в выдыхаемом воздухе можно использовать как один из неинвазивных макреров обострения при ХОЗЛ для раннего начала более интенсивной терапии.

ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ И ДОЗИРОВКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ В РАЗНЫХ КЛАССАХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ QRS КОМПЛЕКСА НА ЭТАПАХ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Шанина И.В.[1], Волков Д.Е.[2], Яблучанский Н.И.[1]
[1] Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Кафедра внутренней медицины
[2] ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева»

Наблюдали 129 пациентов (56 – женщин, 73 – мужчин) в возрасте 69±7 лет с имплантированными ЭКС при поддерживающей терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, антагонистами рецепторов ангиотензина II, бета-блокаторами, ацетилсалициловой кислотой, пероральными антикоагулянтами, статинами и диуретиками. В трех классах продолжительности QRS комплекса (1 – до 120 мс, 2 – 120-149 мс и 150 мс) до, в остром послеоперационном периоде, спустя 6 и 12 месяцев изучали изменения частоты назначения и дозировок использованных препаратов. Показано, что частота назначения и дозировка лекарственных препаратов у пациентов с постоянной ЭКС соответствует частоте и дозировке у пациентов вне ЭКС, увеличиваясь в годовом периоде наблюдения тем существеннее, чем больше класс продолжительности QRS комплекса.

Постоянная ЭКС требует медикаментозного сопровождения в соответствии с изменениями в состоянии здоровья пациента тем в большей мере, чем больше класс продолжительности QRS комплекса.

ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С (ХГС)

Степанов Ю.М., Диденко В.И., Коненко И.С., Дементий Н.П,
Старикова Л.М, Шантырь Л.И, Ягмур В.Б.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины»

В последнее время все больше внимания уделяется вирусу гепатита С, который является одной из основных причин хронического гепатита в большинстве стран Запада. Структурные изменения печени при ХГС вариабельны и достаточно не изучены. В настоящее время предметом интенсивного изучения является проблема ранней диагностики предикторов фиброза печени. Существует мнение о том что развитие фиброза независимо коррелирует с прогрессированием атеросклероза, что теоретически должно отражаться на жесткости артериальных

сосудов. Несмотря на фундаментальные открытия последних лет в области гепатологии, значительные компенсаторные возможности печени, проблема диагностики предикторов развития осложнений ХГС остается до конца не изученной.

Цель исследования: изучить эластические свойства общих сонных артерий у пациентов с ХГС

Материалы и методы. Обследовано 32 больных (18 мужчин, 14 женщин) с хроническими гепатитами, ассоциированными с ВГС. Средний возраст больных составил (37,3±7,8) лет, средняя продолжительность болезни – (11,8±4,9) лет. Исследование сонных артерий проводилось на ультразвуковом сканере ULTIMA PA производства фирмы «Радмир» (г. Харьков) при помощи стандартной методики измерения линейным датчиком 5–12 МГц в дуплексном режиме с цветовым картированием с помощью пакета W – track. Измерение местной артериальной жесткости на общих сонных артериях проводилось в стандартных точках – на 15 мм проксимальнее бифуркации, диаметр сонных артерий измерялся на протяжении кардиоцикла. Рассчитывались следующие индексы, которые характеризуют жестко-эластические свойства артерий: индекс артериального натяжения (CAS), индекс артериальной жесткости (SI), модуль эластичности (EM) и скорость пульсовой волны (PWV). Все полученные показатели сравнивались с показателями контрольной группы (данные А.В. Линской, 2010 год)

Полученные результаты. Диаметр правой общей сонной артерии составил (7,55±0,25) мм, левой сонной артерии – (6,81±0,49) мм. Индекс CAS составил 0,05±0,02, индекс артериальной жесткости SI – 58,61±46,06, модуль эластичности (EM) – (84,07±6,19) кПа, скорость пульсовой волны PWV – (10,2±7,51) м/с. Показатели контрольной группы составили: диаметр правой общей сонной артерии – (6,53±0,41) мм, левой сонной артерии (6,91±0,57) мм, CAS – 0,02±0,01, SI – 54,23±0,38, EM – (88,92±6,62) кПа, PWV – (6,27±0,24) м/с. Достоверных отличий между обследуемыми пациентами и показателями контрольной группы не было.

Выводы: Показатели жестко-эластических свойств сонных артерий у больных хроническим гепатитом С не отличаются от показателей контрольной группы. Возможно для выявления достоверных различий необходимы исследования с большим количеством пациентов.

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

Bilogortseva O.I. 73
Doskaljuk B.V. 49
Dotsenko Ya. I. 73
Karavanska I. 128
Kuryata O. 128
Pobedyonna G.P. 73
Popowytch L.O. 49
Prokopenko N.A. 50
Sadlovska M.A. 73
Shatunova V.A. 73
Zabida A. 128
Авакумова О.М. 116
Азаренко В.Є. 102
Аносова Н.П. 116
Аржанова Г.Ю. 56
Базика О.Є. 15, 89, 99
Базовкін П.С. 40
Базыка О.Е. 25
Бардаченко Л.А. 124
Бардаченко Н.І. 23, 124
Басіна Б. О. 42
Березницька Г.Г. 122
Беспятая О.П. 18
Бєгоулєв О.Є. 93, 119
Бєлослудцева К.О. 44
Биковська Л.Ю. 103
Білогорцева О.І. 50, 54
Боброва Е.В. 60
Бодарецька О.І. 115
Бойко Т.И. 113
Бондарева О.О. 122
Бордунос К.С. 132
Бреславець Ю.С. 26
Брюзгіна Т.С. 47
Бугерук В. 106
Будзак І.Я. 92
Валентинова І.А. 30, 100
Варченко Ю.А. 93, 119
Верзунина Е.В. 29
Ветренко Р.А. 21
Винников А.И. 76
Вінник Н.В. 132
Волков Д.Е. 139
Волошина О. 106
Воронина Н.А. 135
Гайдар Ю.А. 56
Галан І.О. 93, 119
Галенко А.П. 111
Галущак О.В. 112
Гармиш И.П. 69
Гашинова Е.Ю. 137
Гейченко В.П. 87
Герасименко Л.Є. 132
Глиняная Л.А. 96
Гончар Ю.О. 63
Гречаник Н.М. 21
Гречаник М.М. 21
Гриджук Т.І. 133
Гринюк С.В. 40
Громадська В.М. 16
Грунченко М.М. 30, 100
Губа Ю.В. 33, 61
Гусакова О.А. 29
Дегтярьова Л.В. 16
Дементий Н.П. 139
Демешкіна Р.Д. 34
Дериземля І.О. 46
Деяк С.И. 25
Деяк С.І. 15, 89
Дзяк Г.В. 62

Диденко В.И. 111, 139
Діденко В.І. 27, 56
Добрянський Д.В. 52, 115, 117
Довганич Н.В. 25, 89, 99
Доскалюк Б.В. 67
Доценко Я.І. 54
Дроздова І.В. 63, 105
Дудка П.Ф. 46, 52, 115, 117
Дукова О. 106
Ефременкова Л.Н. 127
Ємець М.М. 105
Закатова Л.В. 127
Зелененька Л.І. 99
Зигало Е.В. 17, 34
Ильяш М.Г. 25
Ілляш М.Г. 15, 89, 99
Ільницький Р.І. 117
Ільюк І.А. 88, 91
Іорданова Н.Х. 52, 115, 117
Караванська І.Л. 75, 103
Карапетян К.Г. 87
Карасева О.В. 95
Карасьова О.В. 32
Карп А.С. 69
Карп К.С. 69
Киреева Т.В. 130
Кіреєва Т.В. 44
Клочко В.В. 127
Князєва О.В. 57, 102, 121
Коваленко Е.Н. 110
Коваль Е.А. 129
Коваль О.А. 116
Ковальова О.Л. 54
Ковальчук Г.М. 52
Ковальчук Л.И. 79
Колганов І.А. 63
Колесник Т.В. 85
Коморовський Р.Р. 22
Коненко И.С. 113, 139
Коненко І.С. 92
Кононов И.Н. 109
Конопкіна Л. І. 33, 42, 61
Коробко О.А. 91
Короткоручко О.Ю. 15, 89
Косинська С.В. 84
Кравченко Н.К. 130
Кравчук О.Е. 127
Крыхтина М.А. 137
Кудрявцева В.Е. 76
Кудрявцева В.Є. 132
Кузнецова М.А. 62
Кузнєцова-Арабулі Ю.В. 46
Кузьміна А.П. 57, 102, 121
Курята А.В. 69
Курята О.В. 38, 75, 124, 136
Кушнір Ю.С. 38
Кушніренко І.В. 34
Лазаренко О.М. 57, 121
Лекан О.Я. 39
Леоненко-Бродецька О.М. 39
Лепявко А.А. 22
Лисий І. 106
Лисунець Т.К. 75
Лихацька Г.В. 22
Лопин Д.А. 58
Магас О.І. 46
Макарова М.А. 29
Максаков Д.Н. 69, 79
Малиновська Т.В. 119
Мальцева М.С. 58
Маргитич С.В. 69, 79
Мариноха Г.Д. 29
Маркова О.Я. 72
Марченко В.М. 79
Марченко Г.Ф. 93, 119
Матвійчук Т.Д. 40

Мацуга О.М. 63
Меланіч С.Л. 27
Мігенько Л.М. 22
Мітрохіна О.С. 75
Мосійчук Л.М. 34
Надюк А.В. 85
Найдёнова Е.В. 77
Найдьонова О. 106
Незговорова Г.А. 16
Неклеса Л.М. 32
Несен А.О. 30, 100
Несен А.А. 65, 66
Николаенко-Камышова Т.П. 135
Омельницька Л.В. 105
Осадча О.П. 99
Пастарус Л.Н. 29
Перцева Т.О. 33, 44, 61
Перцева Т.А. 130, 137
Петішко О.П. 17, 34
Петренко В.І. 93, 119
Петренко Е.В. 35
Пікас Г.Б. 47
Пікас О.Б. 47
Пікас П.Б. 53
Победьонна Г.П. 54
Полінкевич Б.С. 53
Попович Л.О. 67
Потайчук В.І. 119
Прокопчук Ю.В. 79
Прокопчук Ю. 106
Процюк Р.Г. 93, 119
Разумний Р.В. 32
Ремез Я.В. 110
Родионова В.В. 95, 96, 110, 135
Романенко С.В. 116
Савченко О.В. 108
Саленко А.В. 20
Свистун І.І. 22
Семенов В.В. 75
Семуха Н.В. 110
Сіренко О.Ю. 136
Скиба Т.А. 125
Скирда І.Ю. 17
Скоромная А.С. 129
Слаба У.С. 22
Сміян С.І. 22
Собко С.В. 96
Соя Е.В. 87
Старикова Л.М. 139
Старшова Е.С. 25
Старшова О.С. 89, 99
Степанов Ю.М. 26, 27, 84, 92, 109, 113, 139
Степанова Л.Г. 105
Степанюк Т.В. 91
Тарченко І.П. 52, 117
Татарчук О.М. 76
Тверетінов О.Б. 30
Тимченко Е.В. 21
Тищенко И.В. 29
Тімченко Є.В. 124, 136
Токарчук О.О. 88
Трунова Л.А. 112
Тхор Н.В. 15, 25, 89, 99
Филиппова Е.В. 21
Філіппова Є.В. 124, 136
Філіппова О.Ю. 43
Фролова Е.А. 69
Хмель Е.С. 96
Хомич А.В. 116
Храмцова В.В. 63
Чвора Д.Л. 103
Ченкалова Т.М. 122
Черкасова А.В. 69
Черненко Д.В. 122
Чернишов В.А. 30

Чернова В. 112
Чернышов В.А. 66
Чирва О.В. 65, 66, 100
Шанина И.В. 139
Шантырь Л.И. 139
Швець К.Б. 72
Швець С.В. 72
Шевцова А.И. 95
Шевцова З.И. 113
Шевченко О. 112
Шевченко Т.Л. 15, 25, 89
Шендрик Л.М. 71
Шкапо В.Л. 66, 100
Шупер С.В. 37
Щудро О.О. 103
Яблучанский Н.И. 35, 58, 139
Ягмур В.Б. 139
Якименко Е.А. 127
Яковенко Н.О. 105
Яковлєва В.Г. 82, 97
Яременко О.Б. 115
Яринкіна О.А. 89
Ярынкина Е.А. 25

Наукове видання

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Тези наукових доповідей
науково-практичної конференції

Упорядники Н.І. Бардаченко, О.В. Курята

Відповідальна за випуск О.В. Вінниченко
Макет та верстка Misheal_D

Здано на складання 20.04.15. Підписано до друку 29.04.15.
Формат 60х90/16. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 9,25.
Тираж 130 прим. Замовлення №12/15

Видавець і виготовлювач видавництво «ГЕРДА»,
49000, м. Дніпропетровськ, пр. К. Маркса, 60
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК №397 від 03.04.2001
www. book-shop.at.ua



ISBN 978-617-7097-33-3





м. Дніпропетровськ
14–15 травня • 2015