

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
ГО «Придніпровська асоціація лікарів інтерністів»  
Департамент охорони здоров'я  
Дніпропетровської обласної державної адміністрації

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ. ВІД КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДО КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ**

тези наукових доповідей  
науково-практичної конференції

---

присвяченої  
пам'яті академіка НАМН України Г.В. Дзяка

17–18 травня 2017 р.  
м. Дніпро

УДК: 616.1/9:371.122  
А43

*Рекомендовано до друку Вченою радою ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (витяг з протоколу №09 від 30 березня 2017 р.)*

*Редакційна колегія:*

*Перцева Т.О.* – ректор ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор;  
*Курята О.В.* – завідувач кафедри внутрішньої медицини 2 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор;  
*Колесник Т.В.* – професор кафедри внутрішньої медицини 3 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук;  
*Потабашній В.А.* – доктор медичних наук, професор кафедри терапії, кардіології та функціональної діагностики ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;  
*Ханюков О.О.* – завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук.

*Члени редколегії:*

*Конопкіна Л.І.* – професор кафедри внутрішньої медицини 1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук;  
*Караванська І.Л.* – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини 2 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;  
*Карапетян К.Г.* – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини 2 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;  
*Кушнір Ю.С.* – кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини 2 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;  
*Годлевська Р.М.* – завідувач інформаційно-бібліографічним відділом ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Конференцію проведено згідно з Всеукраїнським реєстром з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій на 2017 рік МОЗ України та реєстраційним посвідченням № 78 від 16.02.2017 ДНУ «УкрІНТЕІ» МОН України.

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



*присвячується пам'яті*

*академіка Національної Академії Медичних Наук України,  
Заслуженого діяча науки і техніки України,  
Лауреата Державної премії України,  
доктора медичних наук, професора*

*Георгія Вікторовича Дзяка*

---

## ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Вітаю Вас – учасників 5-ї міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини. Від клінічних досліджень до клінічної практики».

Мета конференції – інформація медичної громадськості про актуальні напрями наукових досліджень і реалізації їх результатів в клінічній практиці, обговорення досягнень і проблем, обмін думками та інформацією між дослідниками і практикуючими лікарями. Сучасна медицина неможлива без безперервної освіти і Дніпропетровська медична академія впевнено забезпечує цей принцип в Придніпровському регіоні та Україні.

Наша конференція стала традиційною. Ми взяли за правило присвячувати кожну конференцію видатному діячеві нашої медицини. Цього року конференція проводиться в пам'ять про багаторічного ректора нашої академії, академіка НАМН України Г.В. Дзяка (1945–2016). Він був одним з ініціаторів проведення конференцій по внутрішній медицині. Ставши біля керма академії в важкий час, він разом з колективом зумів не тільки зберегти досягнуті позиції, а й значно просунути вперед. Сьогодні наша академія сучасний вищий навчальний заклад, відомий не тільки в Україні, але й далеко за кордоном.

Наша академія відсвяткувала сторічний ювілей зі дня заснування. Ми пишаємося нашою історією та наполегливо працюємо заради майбутнього. Саме для цього поклав свою працю видатний науковець, блискучий лікар та вчитель професор Г.В. Дзяк.

Сподіваємось, що наша конференція буде корисною для практичних лікарів, зичимо оптимізму, натхнення та доброго здоров'я.

*З найкращими побажаннями,  
ректор ДЗ «ДМА МОЗ України»,  
член-кореспондент НАМН України,  
професор Т.О. Перцева*

---

## **ЗМІСТ**

Шановні колеги!.....	4
С Великой Благодарностью в сердце... Вечная память Учителю.....	18
Спогади від учнів та колег.....	23

## **ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

### **«Double» діабет. Актуальність питання корекції інсулінорезистентності у хворих на цукровий діабет 1 типу**

Перцева Н.О., Мошенець К.І. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	27
---	----

### **Hemodynamic features in patients with chronic heart failure and preserved ejection fraction**

Kolesnyk K., Homeniuk A., Andruyschenko A., Handal A. SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro.....	28
---	----

### **Risk and predictors of the development of proteinuria in patients with systemic sclerosis in the five-year observation**

Semenov V. <sup>1</sup> , Kuryata O. <sup>1</sup> , Lysunets T. <sup>2</sup> <sup>1</sup> State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine» <sup>2</sup> Municipal institution «Mechnikov Dnipropetrovsk regional clinic».....	29
---	----

### **The changes of the immune system humoral link in the patients with nonalcoholic fatty liver disease in combination with the obesity and concomitant pathology of biliary tract**

Filippova A.Yu. SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro.....	30
---	----

### **The efficiency of meldonium in elderly patients with chronic heart failure and aortic stenosis**

Kushnir Y.S. <sup>1</sup> , Mytrokhina O.S. <sup>1</sup> , Dibrova M.S. <sup>2</sup> , Habarlack S.V. <sup>2</sup> , Chvora D.L. <sup>2</sup> <sup>1</sup> SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro <sup>2</sup> I.I. Mechnikov Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital, Dnipro.....	31
---	----

### **The features of asymptomatic left ventricle dysfunction in patients with IHD combined with COPD**

Kniazieva O.V., Potabashniy V.A. State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro.....	32
---	----

### **The general characteristics of the t- and b-cell immunity, depending on the body mass index in the patients with the nonalcoholic fatty liver disease in combination with the obesity**

Filippova A.Yu. SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro.....	33
---	----

### **The peculiarities of the indexes of activated receptors on the lymphocytes according to the body mass index in the patients with nonalcoholic fatty liver disease in combination with the obesity**

Filippova A.Yu. SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro.....	35
---	----

**The use of ethylmethyl-dyroxypiridine succinate in complex therapy in patients with arterial hypertension depending on renal function**

Garmish I.P.<sup>1</sup>, Demkova N.I.<sup>1</sup>, Dibrova M.S.<sup>2</sup>, Skorohodova E.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

<sup>2</sup>I.I. Mechnikov Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital..... 36

**Type of renal lesion in hemorrhagic vasculitis**

Khaniukov A., IegudinaYe.

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro.....37

**Абдомінальне ожиріння – фактор ризику онкологічних захворювань серед жінок**

Рокутова М.К., Мельник В.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро..... 38

**Анализ обоснованности госпитализации пациентов с внегоспитальной пневмонией**

Киреева Т.В., Шевченко Ю.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр ..... 39

**Аналіз прихильності хворих до рекомендацій щодо вторинної профілактики ІХС у хворих з перенесеним інфарктом міокарду**

Щукіна О.С., Коваль О.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро..... 41

**Антикоагулянтна терапія у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь та тромбозом вушок передсердь**

Сапожниченко Л.В., Калашникова О.С., Марзан О.О., Курочка Г.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро..... 42

**Артеріальний тиск та його вплив на ремоделювання серця і судин у хворих з ішемічним мозковим інсультом**

Бабець А.А.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро..... 43

**Варіабельність серцевого ритму та артеріального тиску у пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу в залежності від глікемічного контролю**

Мошенець К.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро..... 44

**Взаємозв'язок між показниками добового профілю артеріального тиску та жорсткістю сонних артерій у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ревматоїдним артритом**

Сіренко О.Ю.<sup>1</sup>, Лисунець Т.К.<sup>2</sup>, Тарнавська Н.М.<sup>2</sup>, Гречаник Н.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро,

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро..... 45

**Взаємозв'язок між факторами ризику серцево-судинних ускладнень та наявністю атеросклеротичного ураження магістральних та периферичних артерій у хворих на хронічну хворобу нирок III і IV стадії**

Фролова Є.О.<sup>1</sup>, Ященко Т.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро,

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро..... 46

<b>Взаємозв'язок вентиляційних порушень з виразністю загального запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень тяжкого перебігу</b> Басіна Б.О. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	47
<b>Взаємозв'язок між показниками вуглеводного обміну, рівнем с-реактивного білка та активністю інтерлейкіну-1<math>\beta</math> у хворих з коморбідною патологією</b> Меженська К.А., Олійник М.О. Харківський національний медичний університет, м. Харків.....	49
<b>Взаимосвязь структурно-функционального состояния и электрической гетерогенностью миокарда у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий</b> Бевзюк Л.В., Ена Л.М. ГУ «Институт геронтологии им Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев.....	50
<b>Визначення ведучих факторів впливу на формування інвалідності у дорослих при вроджених вадах розвитку клапанного апарату серця та пролапсу мітрального клапану</b> Лисунець О.М., Ханюкова І.Я., Ткаченко Ю.В., Зубко І.М., Танцура О.В., Волкова Л.В. ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.....	51
<b>Вираженість симптоматики хозл в залежності від рівня артеріального тиску та тяжкості ішемічних змін у хворих з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень</b> Буртняк Т.З., Фесенко В.І. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг.....	52
<b>Влияние образа жизни на когнитивные функции и психоэмоциональный статус у больных артериальной гипертензией II стадии</b> Шехунова И.А., Доценко Н.Я., Боев С.С., Герасименко Л.В. ГЗ «Запорожская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье.....	54
<b>Влияние терапии на кардиогемодинамику и функцию почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в сочетании с артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий</b> Мухаммад Мухаммад <sup>1</sup> , Митрохина О.С. <sup>1</sup> , Загороднюк Д.С. <sup>2</sup> <sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр, <sup>2</sup> КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр.....	55
<b>Вміст циркулюючих імунних комплексів та їх молекулярний склад у хворих на негоспітальну пневмонію, сполучену зі стеатозом печінки</b> Разумний Р.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	56
<b>Вміст ліпідів крові залежно від рівню гомоцистеїнемії у хворих на гострий коронарний синдром</b> Пристапа Л.Н., Грек А.В., Зубко В.В. Медичний інститут, СумДУ, м. Суми.....	57
<b>Возможности диагностических лапароскопических вмешательств при циррозе печени</b> Капшитарь А.В. Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье.....	58

<b>Вплив антигіпертензивної терапії на агрегаційні властивості тромбоцитів та фактор вільбранда у хворих на артеріальну гіпертензію</b> Хмель О.С., Родіонова В.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	59
<b>Вплив донатора оксиду азота l-аргініна на ефективність терапії стабільної ішемічної хвороби серця в поєднанні з хронічним обструктивним зхворюванням легень</b> Князева О.В., Фесенко В.І. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	60
<b>Вплив комплексного лікування на клінічний перебіг та показники ендотеліальної функції у працівників гірничорудного виробництва хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з артеріальною гіпертензією</b> Фесенко В.І. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг.....	62
<b>Вплив мелатоніну на результати моніторингу артеріального тиску за остеоартрозу з супутньою артеріальною гіпертензією</b> Микитюк О.П. ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	63
<b>Вплив на функціональну активність фагоцитозу препарату l-аргініну у хворих з ХОЗЛ</b> Коваленко О.М., Родіонова В.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	64
<b>Вплив нефропротекторної терапії на вміст вісфатину в периферичній крові хворих на діабетичну нефропатію</b> Топчий І.І., Семенових П.С., Гальчінська В.Ю. ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	65
<b>Вплив ожиріння на структурну перебудову загальних сонних артерій у жінок, хворих на артеріальну гіпертензію</b> Зубко І.М., Марочкіна В.В., Маландій О.С., Яковенко Н.О. ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.....	66
<b>Вплив ожиріння на структуру хворих із остеоартрозом кульшового суглобу на етапі ендопротезування</b> Курята О.В., Черкасова Г.В., Губарик О.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	67
<b>Гіперурикемія та її вплив на стан ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням</b> Молодан Д.В., Ащеулова Т.В., Молодан В.І. Харківський національний медичний університет, г. Харків.....	69
<b>Деякі фактори ризику (ФР) надмірної ваги тіла та ожиріння у дорослих хворих терапевтичного стаціонару</b> Дольник М.Ю., Тищенко І.В., Бондарева О.О. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	70
<b>Динамика показателів хірургической допомоги пацієнтам с болезнями поджелудочной железы в Украине</b> Скирда І.Ю. ГУ «Інститут гастроентерології НАМН України», г. Днепр.....	71



<b>Динаміка рівнів васкулоендотеліального фактору росту в крові у хворих на гіпертонічну хворобу з абдомінальним ожирінням під впливом терапії</b>	
Коваль С.М., Снігурська І.О., Мисниченко О.В., Пенькова М.Ю., Милославський Д.К., Божко В.В., Дунаєвська М.М. ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	72
<b>Дистанційне прекодиціювання міокарда в лікуванні пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень</b>	
Потабашній В.А., Князева О.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг.....	74
<b>Дистанційне прекодиціювання міокарда в лікуванні екстрасистолічної аритмії у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця</b>	
Потабашній В.А. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг.....	75
<b>Діагностична цінність маркера TGF <math>\beta</math> у пацієнтів, що перенесли тяжку негоспітальну пневмонію</b>	
Авраменко І.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	76
<b>Добові ритми показників ендогенної інтоксикації у хворих на ревматоїдний артрит</b>	
Мікулець Л.В. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	77
<b>Досвід діагностики та лікування целиакиї в обласній консультативній поліклініці КЗ «ДОКЛМ»</b>	
Мінчук Є.А. <sup>1</sup> , Духовенко К.К. <sup>1</sup> , Пелех М.О. <sup>1</sup> , Шрамко О.В. <sup>1</sup> , Філіпшова Є.В. <sup>1</sup> , Гриценко П.О. <sup>2</sup> <sup>1</sup> КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро, <sup>2</sup> КЗ «Дніпропетровське обласне патологоанатомічне бюро», м. Дніпро.....	78
<b>Досвід оцінки у лікарів-інтернів стану становлення здорового способу життя як фактора профілактики неінфекційних захворювань</b>	
Невойт Г.В., Люлька Н.О., Соколюк Н.Л., Ткач Л.І., Бондар О.Г., Корпан А.С. Навчально-науковий інститут ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....	80
<b>Дослідження компонентного складу тіла у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (хззк)</b>	
Стойкевич М.В., Шевцова З.І. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро.....	81
<b>Ендоскопія з високою роздільною здатністю і вузькосмуговою візуалізацією в діагностиці передракових станів шлунка: атрофії і кишкової метаплазії</b>	
Сімонова О.В., Мосійчук Л.М., Демешкіна Л.В. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро.....	83
<b>Ефективність інгібітора ксантиноксидази у хворих із метаболічним синдромом та гіперурикемією</b>	
Романуха В.В., Гавриш І.М., Гринів О.І., Рудник В.Т. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ.....	84

- Ефективність профілактичних бесід щодо модифікації способу життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень**  
 Конопкіна Л.І., Щудро О.О.  
 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро..... 85
- Ефективність бісопрололу у літніх пацієнтів із серцевою недостатністю і фібриляцією передсердь**  
 Кітура О.Є., Кітура Є.М.  
 Вищий державний навчальний заклад «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава..... 86
- Желудочковые нарушения ритма сердца у ВИЧ інфіцированных пацієнтів**  
 Василенко В.А., Шейко С.А., Василенко А.М.  
 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Кривой Рог..... 87
- Застосування інгалару в лікуванні пацієнтів з гострим бронхітом**  
 Малкович Н.М.  
 Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці..... 88
- Захворюваність на туберкульоз серед дітей раннього віку, що перебували у вогнищах туберкульозної інфекції**  
 Мацегора Н.А., Степанчук Є.Г., Омельян Л.П.  
 Одеський національний медичний університет, м. Одеса..... 89
- Зміни товщини комплексу інтима медіа у жінок з гіпертонічною хворобою у перименопаузі**  
 Яресько М.В.<sup>1</sup>, Зайченко О.Є.<sup>2</sup>  
 ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»  
 Харківський національний медичний університет, м. Харків..... 90
- Значення біоімплантатної оцінки складу тіла як раннього предиктору виникнення серцево-судинних захворювань та об'єктивної оцінки стилю життя пацієнта**  
 Потяженко М.М., Невоїт Г.В., Люлька Н.О., Соколюк Н.Л., Ткач Л.І., Бондар О.Г., Корпан А.С.  
 Навчально-науковий інститут ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава..... 91
- Значення діагностики порушень харчової поведінки у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки на тлі гіпертонічної хвороби, що є носіями поліморфізмів PRO12ALA та TRP64ARG**  
 Фадєєнко Г.Д., Нікіфорова Я.В., Вовченко М.М., Буряковская О.О.  
 ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 93
- Значення рівня с-реактивного протеїну у визначенні тяжкості перебігу подагри**  
 Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.  
 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг..... 94
- Інформативність клініко-анамнестичних та лабораторно-інструментальних показників у прогнозуванні ймовірності повторної госпіталізації при загостренні ХОЗЛ**  
 Гашинова К.Ю.  
 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро..... 95

**Кальцій и фосфор при диабетической нефропатии в сравнении с гипертонической болезнью, возможности коррекции нарушений**

Самохина Л.М., Якименко Ю.С.

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков...96

**Клінічні та рентгенологічні особливості хворих на ідіопатичний легеневий фіброз**

Перцева Т.О., Кіреєва Т.В., Белослудцева К.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....97

**Когнитивные нарушения и медицинская реабилитация геронтологических больных**

Хомазюк Т.А., Ханюков А.А., Кротова В.Ю., Голубицкая Е.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

КУ «ДГКБ №2 ДОС», г. Днепр.....99

**Когнитивные нарушения у пациентов с сердечной недостаточностью**

Азаренко В.Е., Потабашний В.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Кривой Рог.....100

**Компласнс до медикаментозної терапії і модифікації способу життя у хворих на стабільні форми ІХС: результати трирічного спостереження**

Караванська І.Л.<sup>1</sup>, Биковська Л.Ю.<sup>2</sup>, Чвора Д.Л.<sup>2</sup>, Гавура Л.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» м. Дніпро.....101

**Концентрация фактора роста фибробластов 23 в периферической крови больных диабетической нефропатией на разных стадиях заболевания**

Топчий И.И., Якименко Ю.С., Гальчинская В.Ю.

ГО «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков...103

**Медикаментозна корекція анемії вагітних**

Рудник В.Т., Симчич Х.С., Гуранич Т.В., Романуха В.В., Чаплинська Н.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» м. Івано-

Франківськ.....104

**Можливості відновлення стабільності сурфактантної системи легень препаратом фосфатидилхолін у хворих на інфекційне загострення хронічного обструктивного захворювання легень**

Штепа О.О.<sup>1</sup>, Моїсєєва Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» м. Дніпро.....106

**Негоспітальна пневмонія: яку шкалу обрати для визначення місця лікування?**

Дмитриченко В.В.<sup>1</sup>, Руденко О.Г.<sup>2</sup>, Чепуркова О.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Дніпропетровська пошта міська клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро.....107

**Окремі клініко-лабораторні маркери розвитку серцево-судинних подій при подагрі**

Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг.....108

**Оптимізація лікування хворих з поєднаною патологією на артеріальну гіпертензію і хронічне обструктивне захворювання легень**

Настрога Т.В., Іщейкін К.Є., Потяженко М.М

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава .....110

**Опыт использования препарата мексикор в комплексном лечении пациентов с хронической ишемической болезнью сердца**

Новоженина Л.И., Киричко М.Г.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр.....111

**Опыт определения уровня специфического IGE к лекарственным препаратам при медикаментозной аллергии**

Маргитич С.В.<sup>1</sup>, Максаков Д.Н.<sup>1</sup>, Каргальская Н.И.<sup>2</sup>, Карп К.С.<sup>1</sup>, Карп А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр

<sup>2</sup>КУ «ЗОКБ», г. Запорожье..... 112

**Основные закономерности возникновения и ранней диагностики тѐла у пациентов с внегоспитальными пневмониями с учётом фоновых заболеваний**

Коротя Н.Н., Киреева Т.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр ..... 114

**Основные показатели здоровья населения Украины по болезням поджелудочной железы**

Степанов Ю.М., Петишко О.П., Скирда И.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр.....115

**Особенности атерогенных дислипидемий у больных с сахарным диабетом 2 типа и острым коронарным синдромом**

Пугач Т.В., Коваль Е.А., Каплан П.А., Романенко С.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр.....116

**Особенности продольной, циркулярной деформаций левого желудочка у пациентов артериальной гипертензией**

Молодан А.В., Доценко Н.Я., Боев С.С., Шехунова И.А., Иващук В.А.

ГУ «ЗМАПО» МОЗ Украины, г. Запорожье.....117

**Особливості комплексної терапії пацієнтів хворих на остеоартрит в поєднанні з коморбідною патологією в практиці сімейного лікаря**

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава..... 118

**Особливості адаптаційних реакцій організму хворих при патології езофагогастроодуоденальної зони в залежності від типу порушень сфінктерного апарату**

Пролом Н.В., Зигало Е.В., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпро ..... 119

**Особливості впливу різних варіантів антидіабетичної терапії на показники вуглеводного та ліпідного метаболізму у хворих на гіпертонічну хворобу з цукровим діабетом 2 типу**

Старченко Т.Г., Юшко К.О., Конькова В.С.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»..... 120

**Особливості добового моніторингу артеріального тиску у хворих з ішемічним мозковим інсультом**

Дроздова І.В., Маладій О.С., Марочкіна В.В., Слива С.В.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.....121

**Особливості клінічного статусу хворих з неклапанною фібриляцією передсердь в залежності від статі та віку**

Дзяк Г.В.<sup>1</sup>, Жарінов О.Й.<sup>2</sup>, Писаревська К.О.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

<sup>2</sup>НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ..... 122

<b>Особливості професійного розподілу захворюваності на пневмоконіоз в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень у працівників гірничометалургійної промисловості на сучасному етапі</b> Рубцов Р.В., Ковальчук Т.А., Базовкін П.С. ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини», м. Кривий Ріг.....	124
<b>Особливості розповсюдженості та вікового розподілу захворювань легень професійної етіології у працівників гірничометалургійної промисловості на сучасному етапі</b> Рубцов Р.В., Ковальчук Т.А., Базовкін П.С. ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини», м. Кривий Ріг.....	125
<b>Особливості симптомів ураження суглобів у хворих з остеоартрозом і супутньою артеріальною гіпертензією за оптимальної маси тіла або ожиріння</b> Микитюк О.П. ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	126
<b>Оценка модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска и их связь с уровнем образования пациента</b> Колесникова Е.В. <sup>1</sup> , Уварова К.Г. <sup>2</sup> <sup>1</sup> ГУ «Национальный Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», <sup>2</sup> КУОЗ «Харьковская городская поликлиника № 9», г. Харьков.....	127
<b>Оцінка психоемоційного статусу у хворих на хронічний панкреатит</b> Кітура О.Є., Потяженко М.М., Невойт Г.В., Соколюк Н.Л., Величко Є.О. ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава.....	129
<b>Перспективи використання блокаторів рецепторів ангіотензину II в лікуванні хворих похилого віку з хронічною серцевою недостатністю</b> Смольянова О.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро .....	130
<b>Показатели гемодинамики малого круга кровообращения у пациентов с гипертонической болезнью и хроническим обструктивным заболеванием легких 1–3 стадии</b> Яценко О.В. Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье.....	131
<b>Показники імунного статусу у хворих на первинний біліарний цироз (ПБЦ)</b> Меланіч С.Л. <sup>1</sup> , Меланіч Е.В. <sup>2</sup> <sup>1</sup> ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», <sup>2</sup> КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро.....	132
<b>Показники функції зовнішнього дихання у хворих на ревматоїдний артрит</b> Мікулець Л.В. <sup>1</sup> , Захарчук Т.В. <sup>2</sup> , Гончар Л.В. <sup>2</sup> <sup>1</sup> ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, <sup>2</sup> КМУ МКЛ № 3, м. Чернівці.....	133
<b>Порівняння методів замісної ниркової терапії: гемодіалізу та гемодіафільтрації</b> Гармш І.П. <sup>1</sup> , Галушак О.В. <sup>2</sup> <sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро <sup>2</sup> КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро .....	135

**Поширеність фібриляції передсердь у пацієнтів з гострим коронарним синдромом**

Яловенко М.І., Ханюков О.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....136

**Поширеність нейропатичного компоненту болю серед хворих із ревматологічною патологією**

Черкасова Г.В., Тарнавська Н.М., Гречаник Н.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....137

**Предиктори підвищення рівня тривожності у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень**

Перцева Т.О., Конопкіна Л.І., Губа Ю.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....138

**Принципы построения информационного обеспечения компьютерного класса на кафедре терапевтического профиля**

Карапетян К.Г., Гармиш И.П., Кушнир Ю.С., Фролова Е.А., Сиренко О.Ю.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр.....139

**Прогностическое значение апелина в развитии гипертрофии левого желудочка у больных гипертонической болезнью с сахарным диабетом 2 типа и без него**

Юшко К.А., Коваль С.Н., Старченко Т.Г.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков.....140

**Пружно-еластичні властивості артеріальної стінки і показники вуглеводного обміну у чоловіків з гіпертонічною хворобою II стадії та ожирінням**

Колесник Т.В., Надюк А.В., Косова Г.А., Колесник Е.Л.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....142

**Ранняя диагностика инсулинорезистентности у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа**

Рокутова М.К., Марциник Е.Н., Тищенко И.В., Малаяр Е.Ю., Игрушкина П.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр.....143

**Распространённость helicobacter pylori среди пациентов с хронической рецидивирующей инфекцией**Гармиш И.П.<sup>1</sup>, Маргитич С.В.<sup>2</sup>, Максаков Д.Н.<sup>2</sup><sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр<sup>2</sup> КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр.....145**Результаты молекулярной диагностики аллергических заболеваний**

Маргитич С.В., Максаков Д.Н., Филиппова Е.В., Карп К.С., Карп А.С.

КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр.....145

**Ремоделювання судин хворих на артеріальну гіпертензію з ішемічним інсультом у практиці медико-соціальної експертизи**

Дроздова І.В., Бабєць А.А., Ємець М.М., Полницька Ю.А.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.....147

**Ризик дисліпідемії у працівників підземного видобування залізної руди хворих на хронічне обструктивне захворювання легень**

Шохова М.О.

ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»,

м. Кривий Ріг.....148

**Риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий, липидный спектр, постпрандиальная гипертриглицеридемия у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с неалкогольным стеатозом печени в зависимости от индекса массы тела**

Гречаник М.М.<sup>1</sup>, Ходасенко О.Н.<sup>1</sup>, Трунова Л.А.<sup>2</sup>, Богдан Л.Г.<sup>2</sup>, Мосенцева О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

<sup>2</sup> КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр.....149

**Роль зв'язку латентної гіперурикемії з атерогенною дисліпідемією у пацієнтів з абдомінальним ожирінням у первинній профілактиці ішемічної хвороби серця**

Маркова О.Я., Швець С.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг..... 151

**Роль кишкової мікробіоти у розвитку порушень ліпідного обміну у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки**

Діденко В.І., Зигало Е.В., Ягмур В.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро.....152

**Роль терапевта-консультанта в диагностике острого инфаркта миокарда в хирургической клинике**

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье.....153

**Роль физической активности и длительности артериальной гипертензии в развитии когнитивных нарушений у больных гипертонической болезнью**

Доценко Н.Я., Герасименко Л.В., Боев С.С., Шехунова И.А.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ

Украины», г. Запорожье..... 155

**Состояние магистральных артерий головы, функция эндотелия, уровень лептина у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с неалкогольным стеатозом печени**

Курята А.В.<sup>1</sup>, Гречаник М.М.<sup>1</sup>, Трунова Л.А.<sup>2</sup>, Тимченко Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр..... 156

**Состояние функционального почечного резерва у больных с доклиническими стадиями диабетической нефропатии**

Семеновых П.С., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С.

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

г. Харьков..... 157

**Сравнение частоты скрытых депрессивных состояний у пациентов с сахарным диабетом и хроническим обструктивным заболеванием легких**

Перцева Н.О., Назаренко А.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр.....159

**Ставлення до питання вакцинації проти грипу лікарів Дніпропетровської області**

Мироненко О.В.<sup>1</sup>, Дмитриченко В.В.<sup>2</sup>

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро..... 160

**Стан агресивних та протекторних факторів у шлунковому вмісті хворих на хронічний атрофічний гастрит**

Мосійчук Л.М., Руденко А.І., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро.....160

<b>Стан первинної інвалідності внаслідок ішемічної хвороби серця в Україні</b> Іпатов А.В., Лисунець О.М., Ханюкова І.Я., Овдій М.А. ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.....	162
<b>Стан показників імунітету при патології гепатобіліарної системи</b> Кудрявцева В.Є., Діденко В.І., Татарчук О.М. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро.....	163
<b>Стимуляція розрешення запального процесу у хворих старших вікових груп з негоспітальною пневмонією на тлі цукрового діабету II типу</b> Малкович Н.М. <sup>1</sup> , Марунчик С.Л. <sup>2</sup> , Белорусова Л.О. <sup>2</sup> Вищий державний навчальний заклад України <sup>1</sup> «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці <sup>2</sup> Комунальна медична установа «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці.....	164
<b>Субклінічний гіпотиреоз. Актуальність питання замісної терапії</b> Еінер К.М. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	165
<b>Суправентрикулярне порушення ритма серця у ВИЧ інфіцираних пацієнтів</b> Василенко В.А., Шейко С.А., Василенко А.М. ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Кривой Рог.....	167
<b>Сучасні фітохондропротекторні засоби в комплексному лікуванні на подагру з високим рівнем коморбідності</b> Волошин О.І., Доголіч О.І. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».....	168
<b>Терапевтические эффекты эплеренона у больных диабетической нефропатией. Отдаленные результаты</b> Топчий І.І., Щербань Т.Д., Семеновых П.С. ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины», г. Харьков.....	169
<b>Трансформуючий фактор росту-β1 як маркер незворотньої бронхообструкції у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень</b> Перцева Т.О., Михайліченко Д.С. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	170
<b>Удосконалення лікування гіпертонічної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця шляхом впровадження методики використання кінестетичних предикатів мови для досягнення стійкого терапевтичного альянсу з хворим</b> Мохначов О.В., Катеренчук І.П., Лобанов І.Ю. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....	171
<b>Уровни васпина, показатели углеводного и липидного обмена у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением в зависимости от гендерной принадлежности</b> Златкина В.В. Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.....	173
<b>Фактори ендотеліальної дисфункції як маркери діагностики ранніх ознак діабетичної нефропатії</b> Перцева Н.О., Чуб Д.І. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро.....	174



<b>Фиксированная трехкомпонентная комбинированная гипотензивная терапия больных высокого кардиоваскулярного риска с коморбидной патологией</b> Несен А.А., Шкапо В.Л., Измайлова Е.В., Валентинова И.А. ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....	175
<b>Функціональний взаємозв'язок між станом імунної системи та кислотоутворюючою функцією шлунку у хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, асоційованною з персистенцією HELICOBACTER PYLORI</b> Ходасенко О.М., Пелех М.О., Філіппова Є.В., Мосенцева О.В., Богдан Л.Г., Тімченко Є.В. КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. Мечникова», м. Дніпро.....	177
<b>Характер изменений показателей суточного мониторирования артериального давления за 5 лет наблюдения у больных с артериальной гипертензией в зависимости от возраста</b> Колесник Т.В., Косова А.А., Колесник Э.Л. ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр.....	178
<b>Характер структурно-функціональних змін серця у хворих на артеріальну гіпертензію у відновному періоді мозкового ішемічного інсульту</b> Дроздова І.В., Бабець А.А., Степанова Л.Г., Омельницька Л.В. ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.....	179
<b>Характеристика судинного ендотелію у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) в залежності від нутритивного статусу</b> Коненко І.С., Стойкевич М.В. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро.....	181
<b>Шлуночкові порушення ритму у хворих з кардіоренальним синдромом</b> Шейко С.О., Колб Н.О., Юркова С.В. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг.....	182
<b>Эффективность дополнительной медикаментозной профилактики нежелательных явлений при приёме антибиотиков</b> Душко Ю.И., Киреева Т.В. ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр .....	183
<b>Якість життя у пацієнтів з коморбідною патологією та метаболічним синдромом</b> Шкапо В.Л., Несен А.О., Валентинова І.А. ДУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», м. Харків.....	184
<b>Іменний покажчик.....</b>	186

---

## С ВЕЛИКОЙ БЛАГОДАРНОСТЬЮ В СЕРДЦЕ... ВЕЧНАЯ ПАМЯТЬ УЧИТЕЛЮ...

*«Память – это единственный  
рай, из которого нас не могут изгнать»*

*Жан Поль*

В 2016 году ушел из жизни Георгий Викторович Дзяк – ректор ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2 (в последующем, внутренней медицины 3), академик Национальной академии медицинских наук Украины, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники.

Выдающийся врач и ученый, просветитель, Георгий Викторович Дзяк много сделал для отечественной медицинской науки и образования. Глубокий, разносторонний человек, любознательный и увлеченный, никогда не теряющий дара удивляться и естественного желания разобраться в самых глубинах сложнейшей медицинской профессии.

Человек науки – это особое призвание, открывающее путь в историю наивысших достижений человечества. Являясь представителем знаменитой врачебной династии, Георгий Викторович Дзяк по праву принадлежит к интеллектуальной элите Украины, замечательной плеяде ученых, составляющих гордость современной отечественной медицинской науки.

Как наследник и продолжатель дела отца – выдающегося клинициста, ученого, профессора Виктора Николаевича Дзяк Георгий Викторович сохранял лучшие традиции отечественной терапевтической школы: чуткое и внимательное отношение к больному, безупречность в исполнении своего профессионального долга, беззаветное служение науке, высокая требовательность и умение организовать работу коллектива с наибольшей отдачей. Под руководством Г.В. Дзяка с 1981 г. получили продолжение основные научные направления работы кафедры по актуальным вопросам ревматологии, кардиологии, клинической иммунологии и кардиологическим аспектам эндокринологии. Наряду с усовершенствованием ранней диагностики и оценки морфофункциональных особенностей сердца, иммунологической реактивности организма у больных с ревматическими пороками, активно изучались современные патофизиологические основы клинической и прогностической значимости особенностей функции дыхания, нарушений сна у этого контингента больных. Сотрудниками кафедры активно осваивались новые

современные методики оценки иммунограмм у больных с сердечно-сосудистой патологией, ревматоидным артритом, у пациентов с хронической алкогольной интоксикацией. Иммунологическая лаборатория получила статус межкафедральной, что позволило существенно расширить научные изыскания в области клинической иммунологии в междисциплинарном аспекте.

Несомненной научной заслугой Георгия Викторовича Дзяка явилась поддержка концепции единства липидных и нелипидных механизмов прогрессирования атеросклеротического процесса, представления о значении активации специфических иммунных механизмов, а не только воспаления как ответа на повреждение, разработка методов оценки данных изменений и их прогностической роли для характера течения заболевания. Под руководством Георгия Викторовича Дзяка были проведены многолетние динамические наблюдения за течением атеросклероза, развитием острых коронарных синдромов, проанализированы более 3000 иммунограмм, впервые выделены их благоприятные и неблагоприятные подтипы, подтвердив научные гипотезы клиническими данными, связав воедино развитие липидных нарушений и особенности иммунного ответа, как основных факторов возникновения и прогрессирования атеросклеротического процесса. Тогда же, в 1996–1997 годах была впервые сформулирована концепция об антиатерогенной, а не гиполипидемической терапии, необходимость плейотропного воздействия на атеросклероз и его осложнения, которая блестяще подтвердилась в последующих исследованиях с применением статинов, пробукола, омега-3 ПНЖК и иных антиатерогенных препаратов.

В последующем данное научное направление развивалось и дополнялось новыми работами учеников Георгия Викторовича. Так, было изучено влияние гипергомоцистеинемии на дальнейшее течение ИБС после развития острых коронарных синдромов, исследованы возможности и эффективность ее коррекции препаратами фолиевой кислоты, витаминами группы В совместно с ранним применением статинов, определены особенности активации цитокинов при осложнении течения ишемической болезни сердца развитием сердечной недостаточности.

Особое место среди комплексной оценки влияния фармакотерапии на течение заболевания и развитие осложнений занимает изучение кардиопротекторных, антиатерогенных свойств флавоноида кверцетина, вначале с использованием традиционной гидрофобной формуляции, а затем исследований отечественной разработки – единственной водорастворимой формы кверцетина, препарата корвитин. Под руководством Г.В. Дзяка было проведено детальное изучение иммуномодулирующих свойств препарата у больных с острым коронарным синдромом и установлено, что его раннее госпитальное применение у больных с острым инфарктом миокарда без реперфузии достоверно снижает последующее развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий на протяжении года.

Традиционно в кардиологии приоритет научных изысканий принадлежит миокарду, кардиомиоциту *per se*, однако заживление очагов некроза, дальнейшее течение заболевания во многом определяется и процессами, протекающими

в матриксе, что обусловило современное направление научного поиска. Данное направление стало еще более актуальным, особенно в связи лавинообразным возрастанием распространения сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса, когда состояние матрикса формирует во многом жесткость и упругость как миокарда, так и сосудов. В опубликованных работах последних лет доказано независимое дополнительное прогностическое значение активации протеолиза, высокой активности металлопротеиназ для развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий даже после успешной реваскуляризации миокарда после острых коронарных синдромов, и у больных со стабильной ИБС, и плановой реваскуляризацией. Защищены рядом патентов методы прогнозирования развития геморрагических и тромботических осложнений у больных с острыми коронарными синдромами, основанные на оценке процессов фрагментации фибронектина, иного важного компонента матрикса.

Исследования научной школы Георгия Викторовича Дзяка отличаются глубиной и широтой практической направленности, использованием современных методов исследования в сочетании с глубоким осмыслением клинических проявлений, что имеет большое значение в решении важнейших вопросов в области медицинской науки в целом. Георгием Викторовичем и его учениками определены особенности использования базисных и нестероидных противовоспалительных фармакологических средств при ревматических заболеваниях. На современном этапе активно изучаются инновационные терапевтические технологии с применением биологических препаратов генной инженерии для лечения больных ревматоидным артритом.

Большое внимание Г.В. Дзяк уделял воплощению достижений современной ревматологии в практику учреждений здравоохранения. На базе клиники медицинской академии и Дорожной клинической больницы были открыты центры остеопороза, где решаются вопросы диагностики и лечения этой важной междисциплинарной проблемы.

На протяжении многих лет под руководством Г.В. Дзяка продолжается сотрудничество кафедры внутренней медицины 3 и физиотерапевтической больницы «Солёный Лиман». Благодаря проведенным научным исследованиям были сформулированы показания и противопоказания к использованию санаторно-курортного лечения в современном комплексном лечении заболеваний суставов, обоснованы рекомендации по температурным режимам пелоидотерапии при ревматоидном артрите и остеоартрозе.

По мнению французского этнографа и социолога Клода Леви-Стросса, «Ученый – это не тот, кто даёт правильные ответы, а тот, кто ставит правильные вопросы». Феномен ученого Г.В. Дзяка – в постоянном поиске нового, неутолимой жажде познания неизведанного. Так было всегда. Научный поиск в изучении особенностей формирования гипертрофии левого желудочка вследствие гиперфункции сердца при написании докторской диссертации заложил основу для целого научного направления в кардиологии – оценке структурного ремоделирования

сердца у больных с различными кардиоваскулярными заболеваниями. Блестящие научные идеи, воплощенные в реальность учениками и последователями Георгия Викторовича Дзяка позволяют сегодня принципиально по новому смотреть на дебют развития структурной перестройки миокарда, выделять клинические особенности прогрессирования и оценивать терапевтические возможности реверсии гипертрофии левого желудочка при гипертонической болезни и у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Под непосредственным руководством Г.В. Дзяка и коллектива авторов была разработана и успешно внедрена в практику здравоохранения программа борьбы с артериальной гипертензией. В 2003 году Г.В. Дзяк, В.Н. Коваленко, Е.П. Свищенко, Ю.Н. Сиренко удостоены Государственной премии.

И сегодня продолжают исследования в этой области кардиологии. Идет активный поиск научно обоснованных доказательств раннего доклинического этапа изменений функционального состояния миокарда и сосудистого ремоделирования, но уже на принципиально ином, технологически инновационном уровне, с использованием спекл-трекинг эхокардиографии и супрасистолической артериографии, способных по новому оценивать физиологию сокращения и расслабления миокарда, и по скорости пульсовой волны судить о «сосудистом возрасте» артерий.

Под руководством Г.В. Дзяка положено начало целого ряда научных изысканий в гипертензиологии с использованием методов молекулярной генетики и посвященных поиску генетических маркеров, влияющих на клинические особенности течения артериальной гипертензии и процессы ремоделирования сердечно-сосудистой системы, на развитие кардиоваскулярных осложнений. Впервые в украинской популяции у больных гипертонической болезнью были изучены хронобиологические характеристики артериального давления и особенности структурно-функционального состояния сердца в зависимости от полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы, установлены кардинальные отличия гипотензивного ответа и органопротективной эффективности антигипертензивной терапии в зависимости от выявленной аллели полиморфного гена.

В Антигипертензивном центре кафедры, расположенном в городской клинической больнице № 11, используется хронофармакологический подход к лечению больных с артериальной гипертензией. Метод основан на данных суточного мониторинга параметров функционирования сердечно-сосудистой системы с учетом особенностей ремоделирования миокарда и дает возможность оптимизации дифференцированного выбора лекарственных средств для терапии артериальной гипертензии, оценки эффективности и безопасности лечения. Научный потенциал кафедры растет, сегодня продолжается разработка новых технологий диагностики развития и прогрессирования артериальной гипертензии, оценка эффективности антигипертензивной терапии.

Особое внимание Георгия Викторовича всегда занимали вопросы, связанные с нарушениями ритма сердца. От клинико-инструментальной оценки функци-

онального состояния сердца при нарушениях ритма и проводимости у молодых людей, изучения пароксизмальных наджелудочковых тахиаритмий до самой значимой и всегда актуальной проблемы аритмологии – фибрилляции предсердий. На протяжении более 20 лет идет плодотворное сотрудничество кафедры и Днепропетровского областного клинического центра кардиологии и кардиохирургии. Кропотливый научный поиск в оценке эффективности и безопасности электрической кардиоверсии у больных с фибрилляцией предсердий увенчался успехом и признанием практической значимости современных возможностей снижения риска тромбоемболических осложнений.

Сфера научных интересов Георгия Викторовича была широка и многогранна, трудно определить аспект внутренней медицины, который его бы не интересовал. От традиционных кардиологии и ревматологии, научный поиск простирался к изысканиям в области гастроэнтерологии, гематологии, пульмонологии, аллергологии, эндокринологии и исследованиям аспектов особо любимой спортивной медицины. Были сформированы новые подходы в оценке биомеханики функциональных изменений сердца спортсменов, изучены процессы становления функции эндокринной и кардиореспираторной систем спортсменов пубертатного возраста, проведена оценка состояния сердечно-сосудистой системы спортсменок в разные периоды полового созревания.

Научное наследие Георгия Викторовича Дзяка насчитывает десятки книг, учебников, методических и учебных пособий, более 500 статей по различным вопросам внутренней медицины. Под его руководством защищено 22 докторских и 74 кандидатских диссертации. Всегда поражало и восхищало умение Георгия Викторовича в море науки находить, выкристаллизовывать, а затем разрабатывать со своими учениками наиболее перспективные направления. Особенно хочется отметить ту замечательную атмосферу требовательности и в то же время свободы научного поиска, которую создал на кафедре академик Г.В. Дзяк.

Георгий Викторович являет собой пример высочайшего профессионализма, силы духа и преданности своему делу. Весь научный путь Георгия Викторовича Дзяка – это поиск и доказательство новых решений многих «вечных» вопросов кардиологии и внутренней медицины.

Незаурядный талант врача, ученого, педагога, организатора здравоохранения, высокая духовность, чувствительность к проблемам всех окружающих создали Георгию Викторовичу безоговорочный моральный авторитет, искреннее уважение и любовь среди коллег, ученых, врачей, его учеников и всех, кто его знал. Для его учеников и последователей Георгий Викторович всегда был и останется идеалом целеустремленности, творческого научного подвига, высокого профессионализма, истинной доброты, человечности и большой человеческой мудрости.

Мы склоняем голову перед памятью великого Ученого и Учителя, и гордимся тем, что нам посчастливилось стать его современниками.

*От имени сотрудников кафедры внутренней медицины З  
ГУ «ДМА МОЗ Украины», профессор Т.В. Колесник*

---

## СПОГАДИ ВІД УЧНІВ ТА КОЛЕГ

### *Я пишаюся тим, що являюся учнем академіка Георгія Вікторовича*

Якщо людина талановита, то вона талановита у всьому. Це в повній мірі стосується нашого улюбленого ректора Георгія Вікторовича Дзяка. Природну мудрість, широкий світогляд і любов до людей він спадкував від свого знаменитого батька Віктора Миколайовича.

За 22 роки роботи завідуючим кафедрою терапії і кардіології під керівництвом Георгія Вікторовича я навчився у нього великої відповідальності за колектив та доручену справу. За весь час сумісної роботи Георгій Вікторович жодного разу не підвищив голос на підлеглих, вміло сприяв вдосконаленню та росту співробітників, заряджав оптимізмом та впевненістю в наші сили. Якщо було необхідним скорегувати неадекватні дії співробітника, він умів це зробити однією метафоричною фразою, сказавши при цьому все необхідне.

Ми неодноразово були присутні на Конгресах кардіологів України, де Георгій Вікторович був завжди в центрі уваги, як ведучий кардіолог та ревматолог. Він уміло направляв роботу конгресів і конференцій. Георгій Вікторович видатний кардіолог та ревматолог Європи.

Особливо поважали Георгія Вікторовича терапевти та кардіологи міста Кривого Рога. В конференц-залі завжди був «аншлаг». Його наука завжди мала прямий вихід у практику. Після лекції його оточували вдячні слухачі.

Георгій Вікторович був надзвичайно яскравою людиною. Його відрізняли глибока людяність, повна самовідданість справі, якій він присвятив своє життя. Георгій Вікторович був нам за батька. Там, де він був, завжди було світло, затишно. Він любив всіх нас, тому й наша любов до нього безмежна.

*Професор кафедри терапії,  
кардіології та сімейної медицини  
А.М. Василенко*

### *Дзяк Георгій Вікторович – академик и человек*

Академик Георгий Викторович Дзяк, – когда характеризуюшь этого человека, то первое что приходит на ум – масштабный, мудрый, доступный, образованный и человечный. Масштабность Георгия Викторовича подтверждают способность достигать вершин профессионализма одновременно в различных направлениях. Авторитетный ректор Днепропетровской медицинской академии, за советом к которому обращались многие руководители учебных и лечебных учреждений. Ученый, воспитавший многих докторов и кандидатов наук, но при этом не утративший живой интерес ко всему новому, что появлялось в медицине. Вспоминаются кардиологические конгрессы, где на первом ряду сидит Георгий Викторович, записывающий в блокнот моменты, заинтересовавшие в докладе. Или слова академика Дзяка: «Прочел твою статью в таком-то журнале, посвященную... Очень интересные результаты, касающиеся...». Георгий Викторович смотрел не только оглавление, но и читал, и анализировал, и помнил, и дискутировал. Его меткие замечания позволяли по-новому посмотреть на проблему, переосмыслить то, что казалось давно понятным. Широкий кругозор позволяли Георгию Викторовичу видеть не только патологию сердца, но и весь организм во взаимодействии. Лечить не болезнь, а человека может только настоящий врач, которым был профессор Г.В. Дзяк. Мне не посчастливилось присутствовать на обходах Георгия Викторовича, но в частных беседах или на клинических разборах профессор Дзяк мог найти деталь, позволяющую пересмотреть и диагноз больного, и лечение.

В своей жизни я (думаю, что таких много) несколько раз обращалась к Георгию Викторовичу за советом, не касающимся чисто медицинских или научных проблем. Как часто, профессор Дзяк в одном предложении мог найти аргумент в пользу только одного правильного решения. Немногословный, умеющий четко, без длинных вводных слов и «воды» спокойно, взвешенно и обосновано излагать основную идею, таким мне запомнился этот чрезвычайно мудрый человек.

Судьба подарила мне счастье общаться с Георгием Викторовичем не только на научных конференциях, съездах или на ученых советах, но и в поездках, где человеческие качества становятся значительно явственней. Во-первых, академик Г.В. Дзяк очень сильно любил семью, Людмилу Антоновну, сына Виктора, внука Антоху (так он его называл). С какой теплотой и ответственностью он выбирал им подарки, особенно внуку (костюм Бетмена или что-то спортивное, и обязательно с каким-то определенным номером). Наблюдать за именитым академиком в это время нельзя было без улыбки. В поездках для Георгия Викторовича не существовало рангов, он был одинаково внимателен и к директору института, и к практикующему врачу поликлиники. Вспоминаю поездку в Аргентину, накануне которой я травмировала обе руки. Очень сомневалась – ехать ли. Посоветовалась



с Георгием Викторовичем – «если руки не болят, нужно ехать, когда ты еще попадешь в Южную Америку». Поехала, и во время всей поездки Георгий Викторович опекал меня, начиная с аэропорта, когда отобрал чемодан. Ровное отношение ко всем членам группы, внимательное и уважительное отношение к женщинам, тонкий юмор и умение разрядить обстановку. Георгий Викторович, благодаря широкой эрудиции и образованию был не только очень интересным собеседником, но и часто мог дополнить гида, вспомнив какой-то исторический факт.

Уважительное отношение к людям, прослеживалось у Георгия Викторовича, и по отношению к ученым, которые защищали диссертацию в специализированном совете, возглавляемом академиком Г.В. Дзяком. Несмотря на все страхи перед защитой, доброе поддерживающее слово председателя совета, придавало уверенности, значимости и спокойствия диссертанту. Мои ученики, которые защищали диссертационные работы в этом совете, говорили о Георгии Викторовиче с горящими глазами, полными восторга. А я, принимая участие в работе совета в качестве оппонента или руководителя, очередной раз убеждалась – столь гармоничен и велик академик Г.В. Дзяк.

Писать о Георгии Викторовиче в прошлом времени очень сложно. С ним ушла эпоха, эпоха профессоров, у которых хотелось учиться (и было чему), на которых хотелось быть похожим и в чем-то подражать, которых будет не хватать. Не хотелось, чтобы кто-то из здравствующих профессоров обиделся, но это мое отношение к великому человеку и ученому Дзяку Георгию Викторовичу. И очень жаль, что на конгрессе кардиологов Украины мы не увидим его на первом ряду напротив экрана.

*Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой кардиологии  
и функциональной диагностики  
Харьковской медицинской академии  
последипломного образования,  
заслуженный деятель науки и техники  
В.Й. Целуйко*

---

**ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,**

присвяченої  
пам'яті академіка НАМН України Г.В. ДЗЯКА

## «DOUBLE» ДІАБЕТ. АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ КОРЕКЦІЇ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Перцева Н.О., Мошенець К.І.

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

За визначенням ВОЗ цукровий діабет (ЦД) – це група метаболічних (обмінних) захворювань, що характеризується хронічною гіперглікемією, яка є результатом порушення секреції інсуліну, дії інсуліну або обох цих факторів та призводить до пошкодження, дисфункції і недостатності органів, особливо очей, нирок, нервів, серця і кровоносних судин. Сучасна класифікація ЦД була рекомендована Комітетом експертів ВОЗ у 1999 р. для використання в практичній діяльності. Вона включає ЦД 1 типу, ЦД 2 типу, інші специфічні типи діабету та гестаційний цукровий діабет.

Термін «подвійний діабет» (double diabetes) був вперше введений в 1991 році, ґрунтуючись на спостереженні, що пацієнти з ЦД 1 типу, які мали сімейний анамнез ЦД 2 типу, частіше мають надмірну вагу, крім того в них рідше та складніше досягти цільових значень глікемії, навіть з більш високими дозами інсуліну (В. Теуре, К. Bergis, 1991). Автори припустили, що це може вказувати на наявність інсулінорезистентності та високої вірогідності ЦД 2 типу в майбутньому у цих хворих, проте руйнування (3-клітин підшлункової залози та встановлення діагнозу ЦД 1 типу випередило маніфестацію ЦД 2 типу.

Набута інсулінорезистентність у хворих на ЦД 1 типу формується внаслідок хронічного передозування інсуліну шляхом збільшення доз інсуліну короткої дії або інсулінів-аналогів ультракороткої дії для корекції глікемії через недотримання дієти та переїдання). Інсулінорезистентність при так званому «подвійному діабеті» має інше походження. Вона є генетично детермінованою, проявляється внаслідок реалізації «clock» генів, які обумовлюють розвиток метаболічного синдрому (Балаболкін М.І., 2008).

Проспективне дослідження (EURODIAB) за участю 3250 пацієнтів із ЦД 1 типу показало, що жінки з сімейним анамнезом ЦД 2 типу мали достовірно вищий ризик розвитку альбумінурії, ніж пацієнтки без обтяженої спадковості (S.J. Cleland, B.M. Fisher, 2013). Дослідження DCCT показало, що більш висока резистентність до інсуліну у пацієнтів із ЦД 1 типу збільшує ризик як мікро- так і макросудинних ускладнень більш ніж в 2 рази (E.S. Kilpatrick, A.S. Rigby, 2008).

«Золотим стандартом» визначення інсулінорезистентності у хворих на ЦД 1 типу є еуглікемічний гіперінсулінемічний клемп-тест, проте складність виконання не дає можливості використовувати його в рутинній клінічній практиці (D. Matthews, J. Hosker 2007).

В ході статистичної обробки даних, отриманих в дослідженні EDC була введена формула розрахунку швидкості утилізації глюкози (eGDR), в якій враховуються: відношення окружності талії до окружності стегон, статус артеріального

тиску (так- 1, ні- 0) та значення глікозильованого гемоглобіну у відсотках. Низька eGDR була запропонована, як міра резистентності до інсуліну (K.V. Williams, J.R. Erbey, 2010 ). Визначення інсулінорезистентності за eGDR є простим, доступним та не потребує спеціального оснащення.

Важливість визначення наявності інсулінорезистентності у пацієнтів, хворих на ЦД 1 типу, що мають надлишкову вагу та гіперглікемію, яка важко контролюється, не залишає сумнівів. Однак питання корекції інсулінорезистентності залишається відкритим. На теперішній час доступним залишається перегляд дієти, схем інсулінотерапії та фізичної активності, оскільки ЦД 1 типу є протипоказанням для призначення медикаментозних засобів, що знижують інсулінорезистентність.

---

#### HEMODYNAMIC FEATURES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND PRESERVED EJECTION FRACTION

Kolesnyk K., Homeniuk A., Andruyschenko A., Handal A.

SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

The aim of the study was to determine the clinical features and hemodynamics in patients with CHF with preserved ejection fraction depending on age.

**Methods:** retrospective analysis of 198 patients with heart failure and preserved ejection fraction. The average EF ( $M \pm m$ ) – (63,8±6,3) %. 53,5 % were males (n=106), 46,5 % – females (n=92). Patients were divided into 3 groups according to age: 1st – 40–59 years old (n=74), 2nd – 60–75 (n=73), 3rd – >75 years old (n=51). Indicators of hemodynamics were assessed by echocardiographic examination on the unit «VIVID 3», GE Medical Systems – USA at B, M, 2D, CFM, PW – pulse sensor modes 3 S (3,5 MHz) in the left lateral position. Measurements were carried out according to the recommendations of the American Society of echocardiography. Statistic processing was conducted using the methods of biostatistics implemented in the software package STATISTICA v. 6.1.

**Results.** Hypertension was diagnosed among 169 patients (85,4 %). 17 (23 % patients from the first group had a myocardial infarction in anamnesis (over six months), 23 (31,5 %) – in the second group and 12 (23,5 %) – in the third group. Conduction (block) were in 11 (14,9 %) patients from the first group, in 5 (6,8 %) – from the second group and in 11 (21,6 %) from the third group. Extrasystole was in 11 (14,9 %) patients from the first group, in 15 (20,5 %) from the second group and in 7 (13,7 %) from the third group. Atrial fibrillation was detected in 6 patients (8,1 %) from the first group, in 17 (23,2 %) from second group, in 7 (13,7 %) from the third group. Level of indicators such as myocardial infarction history, extrasystole, atrial fibrillation increases with age, but the highest in the age 60–75 years.

Significant structural and functional changes of hemodynamics were observed among patients with CHF with preserved ejection fraction from different age groups.

It was found that significantly increases with age those indicators as average pulmonary artery pressure (21,4±7 mmHg in the 1st and 33,2±4,3 mmHg in the 3rd group), and frequency of registration changes of aortic root (83,8 % in the 1st and 96 % in the 3rd group). The size of the left atrium significantly increased in accordance with age (3.8±0,4sm in the 1st and 4,4±0.4 sm in the 3rd group) (p<0,05). But, further analyzing hemodynamic showed that they vary differently with age. Thus, the second group of patients in the range of 60–75 years compared with patients of the first group was significantly increased end-systolic volume (LV ESV) to 21,3 % (p<0,05) and end-systolic size (LV ESS) to 41,8 % (p<0,05). However, in the age group over 75 years there were no LV ESV and LV ESS increase registered. Increase in LV ESV and LV ESS may indicate a poor prognosis in the age group of 60 to 75 years.

**Conclusion.** Significant structural and functional changes of hemodynamics were found in patients with CHF and preserved ejection fraction depending on age which may indicate a poor prognosis in patients of this category.

---

#### RISK AND PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF PROTEINURIA IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS IN THE FIVE-YEAR OBSERVATION

Semenov V.<sup>1</sup>, Kuryata O.<sup>1</sup>, Lysunets T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

<sup>2</sup>Municipal institution «Mechnikov Dnipropetrovsk regional clinic»

**Introduction and aims.** Systemic sclerosis (SSc) is a disease of connective tissue, accompanied by increased accumulation of collagen, immune and vascular disorders. Proteinuria has shown to be a useful marker of vascular damage and a powerful predictor of mortality in patients with SSc. The Aim. To investigate risk and predictors of development of proteinuria in patients with SSc.

**Methods.** We have performed five-year long prospective study of patients with SSc who are in the local registry. 67 patients were enrolled to the study (3 men and 64 women, mean age – 43,5±1,1 years). Patients met ACR (1980) and ACR/EULAR (2013) Classification criteria for Scleroderma and were treated according to EULAR and local standards. To define risk and predictors of development of proteinuria we used Kaplan-Meier procedure and Cox univariate regression model. We have investigated influence of several factors on the risk of development of proteinuria. These factors were: diffuse cutaneous subset of SSc (compared to limited cutaneous subset of SSc), presence of Raynaud phenomenon, tightness of the skin of the hands, arthritis, pulmonary fibrosis, arterial hypertension, anemia, erythrocyte sedimentation rate>25 mm/h, C-reactive protein (CRP)>5 mg/l, rheumatoid factor (RF)>14 IU/ml. To investigate influence of age on the risk of AH appearance patients were dichotomized by the mean age of 43,7 years.

**Results.** The five-year risk of development of proteinuria was 35,6 %. The most statistically reliable predictors of development of proteinuria in SSC patients in five years are shown in the table below.

Predictor	Hazard ratio	Confidence interval	p
Age>43,7 years	0,56	0,21–1,51	0,25
Pulmonary fibrosis	2,33	0,85–6,44	0,10
Anemia	0,40	0,13-1.25	0,11
CRP>5 mg/l	0,39	0,13-1,18	0,10
RF>14 IU/ml	2,29	0,73–7,20	0,16

Influence of indicators of inflammatory activity (CRP, RF) was contradictory. None of the predictors has reached the critical value of  $p<0,05$ .

**Conclusions.** The five-year risk of development of proteinuria was 35,6 %. The strongest predictors of development of proteinuria were pulmonary fibrosis, CRP>5 mg/l and RF>14 IU/ml. Further investigation on larger sample is needed.

---

#### THE CHANGES OF THE IMMUNE SYSTEM HUMORAL LINK IN THE PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LEAVER DEASE IN COMBINATION WITH THE OBESITY AND CONCOMITANT PATHOLOGY OF BILIARY TRACT

Filippova A.Yu.

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

The study of the humoral component of the immune system in patients at different stages of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) has not been conducted and the mechanisms responsible for the development and progression of NAFLD with concomitant obesity (OB) and biliary tract (BT) pathology are not fully understood. There is a need in more detailed study of changes in the humoral immune system caused by immunoregulatory disorders and concomitant NAFLD to improve the efficiency of diagnosing the disease.

**The objective of the research** was to study the features of the indicators of the humoral component of the immune system depending on the body mass index in patients with non-alcoholic hepatic steatosis, non-alcoholic steatohepatitis, concomitant OB and BT pathology.

**Material and methods.** 200 patients with NAFLD, concomitant OB and BT pathology including 100 patients with non-alcoholic hepatic steatosis and 100 with non-alcoholic steatohepatitis were examined. 70 out of 100 patients with non-alcoholic steatohepatitis had the minimum level of alanine transaminase activity and 30 patients had a moderate alanine transaminase activity. The control group included 30 apparently healthy persons. The body mass index was determined using the Quetelet formula. All the patients with non-alcoholic hepatic steatosis and non-alcoholic

steatohepatitis were divided into three groups depending on the increase in the body mass index and the presence of biliary tract pathology. The humoral immune system state was evaluated by the levels of immunoglobulins A, M and G and the content of circulating immune complexes.

**Results.** In patients with non-alcoholic hepatic steatosis and non-alcoholic steatohepatitis, concomitant obesity and biliary tract pathology, there were observed abnormalities in the humoral component of the immune system with possible increase in the levels of major immunoglobulin classes as well as in the content of circulating immune complexes being more pronounced in patients with non-alcoholic steatohepatitis compared to patients with non-alcoholic hepatic steatosis ( $p < 0,05$ ) and apparently healthy persons ( $p < 0,001$ ). The increase in the body mass index led to a significant increase in the levels of Ig A, M, G and the activation of circulating immune complexes. More significant changes in humoral indices were observed in patients with chronic non-calculous and calculous cholecystitis in the presence of inflammatory BT changes during the exacerbation of the pathology compared to patients who underwent cholecystectomy on the background of the aggravation of postcholecystectomy syndrome.

**Conclusions.** The obtained data indicated that one of the elements in the pathogenesis of non-alcoholic fatty liver disease with concomitant OB and BT pathology is a significant change in the indicators of humoral immunity, namely the increase in the levels of Ig (A, M, G) and circulating immune complexes which depend on the clinical form (non-alcoholic hepatic steatosis or non-alcoholic steatohepatitis), increase in the body mass index and the presence of BT comorbidity.

---

## THE EFFICIENCY OF MELDONIUM IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND AORTIC STENOSIS

Kushnir Y.S.<sup>1</sup>, Mytrokhina O.S.<sup>1</sup>, Dibrova M.S.<sup>2</sup>, Habarlack S.V.<sup>2</sup>, Chvora D.L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

<sup>2</sup>I.I. Mechnikov Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital, Dnipro

Aortic valve stenosis (AS) is the most common form of valvular heart disease in the elderly population and frequently occurs in conjunction with coronary artery disease and chronic heart failure (CHF). Meldonium had shown myocardial cytoprotection effect, however the role of meldonium in the elderly pts with CHF and AS disease remains debatable.

**Objectives:** we aimed to evaluate the effects of meldonium in elderly patients with CHF with preserved ejection fraction and AS.

**Methods:** 51 pts (31 M, 20 F, mean age – 74,97±2,75 years) with CHF NYHA I–III class and AS were enrolled. 26 (51 %) pts received the standard treatment and meldonium 500 mg/day (1 group), while 25 (49 %) (2 group) – received only the standard treatment for 12 weeks. Echocardiographic parameters, 6 min walk test were performed in all pts at baseline and at the end of the study. Aortic valve area (AVA) was calculated by the Doppler echocardiography in all pts.

**Results.** Echocardiographic parameters, 6 min walk test distance did not differ significantly between the groups ( $p=0,027$ ). After 12 weeks of treatment with meldonium the incidence of exertion-related symptoms, including chest pain, dyspnoea, fatigue were significantly lower in the 1st in comparison with the 2nd groups ( $p=0,05$ ). The distance of the 6 min walk test in 31 % pts have been increased in the 1st group by 26,47 % ( $p<0,01$ ); in the 2nd group in 20 % pts – by 9,47 % ( $p<0,01$ ). 6 min walk test correlated to NYHA functional class ( $r=0,25$ ;  $p<0,05$ ). After 12 weeks of treatment with meldonium the 1st group had significantly less stenotic progression, than the 2nd group (average decrease in AVA; 0,14  $\text{cm}^2$  versus 0,19  $\text{cm}^2$ , respectively ( $p<0,05$ )).

**Conclusion.** Meldonium is effective and safe for the elderly pts with CHF and preserved ejection fraction and AS. Meldonium reduces progression of CHF and AS. Its administration may provide benefits for the reduction of hospitalizations and mortality in this category patients.

---

#### THE FEATURES OF ASYMPTOMATIC LEFT VENTRICAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH IHD COMBINED WITH COPD

Kniazieva O.V., Potabashniy V.A.

State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

**Background.** According to ESC guidelines 2016 for the diagnosis and treatment of heart failure, a patient who has never exhibited the typical symptoms and/or signs of heart failure (HF) and with a reduced left ventricular (LV) ejection fraction (EF) is described as having asymptomatic LV systolic dysfunction (ALVD). The absence of clinical signs and symptoms of HF may reflect the delay in the process of diagnosis and therapy.

IHD is the most common comorbidity and the leading cause of hospitalization in patients with COPD. Indeed, numerous epidemiological studies have shown that COPD, independent of cigarette smoking and aging, doubles the risk of CVD hospitalization and death. To date, the mutual burdens of IHD and COPD have been proven. Left ventricular dysfunction in IHD aggravates the effects of COPD through impairment of pulmonary hemodynamics. The basis for unfavorable interaction of IHD and COPD is systolic and diastolic dysfunction of the left ventricle due to its hypertrophy, increased aortic stiffness, hypoxia effect, right ventricular dysfunction.

The aim of this study was to estimate of asymptomatic LVD in patients with IHD and COPD while in a stable condition.

**Materials and methods:** 45 patients were included in this study (male – 32 (71,1 %), female – 13 (28,9 %)). All patients had IHD combined with COPD, and had never exhibited the typical symptoms and/or signs of HF. Mean age was  $60,0\pm 10,01$  years. Patients were divided into groups according to GOLD 2017. In the control group were included 20 patients with IHD without COPD, relevant by age, sex and severity,



respectively the main group. Physical examination, 12-leads ECG, ambulatory ECG (Holter) monitoring, 6-WT, echocardiography, spirometry, pulseoxymetry, Nt-proBNP level detection were performed to all patients

**Results.** All patients had stable angina: class II – 34 patients (75,6 %), class III – 11 patients (24,4 %) according to the Canadian Cardiovascular Society. 32 patients had IHD associated with AH (71,1 %). Severity of COPD was assessed according to GOLD, 2017: group B – 29 patients (64,4 %), group C – 10 (22,2 %), group D – 6 (13,4 %). Severity of airflow limitation was mild ( $FEV_1 \geq 80\%$  predicted) in 3 patients (6,7 %), moderate ( $50\% \leq FEV_1 < 80\%$  predicted) – 31 (68,9 %), severe ( $30\% \leq FEV_1 < 50\%$  predicted) – 11 (24,4 %)

We assessed LVEF for diagnosis of ALVD. 29 patients (64,4 %) had LVEF 49–41 % (mid-range EF), 11 (35,6 %) – 54–50 % (preserved EF). 12 (60,0 %) patients without COPD had LVEF 49–40 %, 8 (40,0 %) – less than 40 % (reduced EF).

Nt-proBNP level detection was performed. Mean level of Nt-proBNP in patients with IHD and COPD was  $674,2 \pm 56,1$  pg/ml. This is the so-called «gray zone». In patients without COPD mean level of Nt-proBNP was in within reference ranges.

We examined left ventricular geometry according to recommendations of European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) and the American Society of Echocardiography (ASE) 2015. Mean range of RWT was  $0,44 \pm 0,129$ , LVM index –  $79,3 \pm 13,76$  g/m<sup>2</sup>, LVM –  $139,5 \pm 24,48$  g, LVV –  $103,4 \pm 9,07$  mL, LV volume index,  $58,4 \pm 7,49$  mL/m<sup>2</sup>. The value of the ejection fraction correlates with the type of remodeling of LV.  $EF \geq 50\%$  relevant concentric remodeling of LV. Concentric remodeling was also presented in 79,3 % cases  $EF 41–49\%$  (23 patients among 29). In patients without COPD, the eccentric type of remodeling predominated.

**Conclusions.** In patients with IHD combined with COPD, ALVD predominates with a preserved or mid-range EF, based on concentric LV remodeling. In our opinion, the definition of ALVD in such patients should include not only a reduced, but also mid-range and preserved EF, since this will determine the direction of treatment.

---

#### THE GENERAL CHARACTERISTICS OF THE T- AND B-CELL IMMUNITY, DEPENDING ON THE BODY MASS INDEX IN THE PATIENTS WITH THE NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN COMBINATION WITH THE OBESITY

Filippova A.Yu.

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

In recent years, the role of the liver as one of the major organs of the immune system has been widely recognized due to the population of macrophages and killer cells it contains. They are components of the innate immune system. However, the immune response in case of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) with concomitant obesity (OB) is insufficiently studied; in the literature there some data about changes in the liver innate immunity and the role of acquired immunity in the progression of NAFLD.

**The objective of the research** is to study the features of the changes of the indices of T- and B-cell immunity depending on the body mass index (BMI) of the patients with comorbid course of the NAFLD in combination with the OB.

**Materials and methods.** The study involved 200 patients NAFLD in conjunction with OB and, who revealed signs of hepatic steatosis at the time of sonographic and morphological study of liver biopsy: 100 patients with nonalcoholic hepatic steatosis (NAHS) and OB, 100 – with nonalcoholic steatohepatitis (NASH) and OB: among them 70 patients with the minimal activity of the process in terms of alanine transaminase and 30 patients with the moderate activity. Depending on the degree of increase in the body mass index the patients with NAHS and OB and NASH and OB were divided into three subgroups: the first subgroup includes the patients with overweight, the second subgroup includes the patients with the first-degree obesity and the third subgroup includes the patients with the second-degree obesity. The control group consisted of 30 practically healthy persons. The indicators of T- and B-cell immunity were studied by using the serological methods.

**Results and Discussion.** It is determined that in the patients with NAFLD in combination with OB and disease runs in the background of the changes of T- and B-cell immunity (I-IV variants of the violation of the immune status in 98 % of patients with NAHS and 99 % with NASH). In patients with clinical forms of NAHS and more substantial with NASH, this reaction is mostly characterized by an increase in the number of circulating lymphocytes in the blood, increasing the amount of B-lymphocytes and T-suppressors that can be regarded as a manifestation of non-specific stereotypes, backup mechanisms immunity system in action any stress factors, including oxidative stress, endogenous intoxication and various metabolic shifts that occur at the course of comorbid NAFLD. In patients with clinical forms of NAHS and more significant with NASH, this reaction in most cases characterized by the increase of the number of the circulating lymphocytes in the blood, increasing the amount of B-lymphocytes and T-suppressors that can be regarded as the manifestation of non-specific stereotypes, backup mechanisms of the system immunity in the action of any stress factors, including the oxidative stress, the endogenous intoxication and various metabolic shifts which occur at the comorbid course of NAFLD. In this category of the patients the rejection of immunity are secondary, mainly compensatory character. The patients with NAFLD in combination with OB whose disease runs in the background of the increase in BMI was observed the weakening of compensatory immune response. The deepest decline of the immune protection was observed in the patients with OB I and especially II degree. It should be noted that NAFLD in combination with OB in most surveyed patients runs in the background of the significant reduction of volume of circulating regulatory T lymphocyte subpopulations, i.e. on the background of the suppression of the immunoregulation from T cells side.

**Conclusions.** The patients with comorbid course of NAFLD in conjunction with OB are characterized by the observation of significant changes of T- and B-cell

immunity which depended on the increase in the body mass index parameters and were more significant in the patients from NASH group.

---

**THE PECULIARITIES OF THE INDEXES OF ACTIVATED RECEPTORS ON THE LYMPHOCYTES ACCORDING TO THE BODY MASS INDEX IN THE PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN COMBINATION WITH THE OBESITY**

Filippova A.Yu.

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

In non-alcoholic fatty liver disease, the process of disease progression is of great importance. Recurrent, and in some cases continuous exacerbations are caused by both humoral and cellular immune disorders. Therefore, the study of the causes and progression mechanisms of fatty liver disease from the perspective of immunology is one of the relevant problems.

**The objective of the research** is to check the changes of the activated receptors on the lymphocytes according to the body mass index in the patients with comorbid course of nonalcoholic hepatic steatosis and nonalcoholic steatohepatitis in combination with the obesity and pathology of biliary tract.

**Materials and methods.** The study involved 200 patients with non-alcoholic fatty liver disease in conjunction with obesity and biliary tract pathology, who revealed signs of hepatic steatosis at the time of sonographic and morphological study of liver biopsy: 100 patients with nonalcoholic hepatic steatosis and obesity, 100 – with nonalcoholic steatohepatitis and obesity (of which 70 with the minimal activity of the process in terms of alanine transaminase and 30 with the moderate activity). Depending on the degree of increase in the body mass index the patients with nonalcoholic hepatic steatosis and obesity and nonalcoholic steatohepatitis and obesity were divided into three subgroups: the first subgroup includes the patients with overweight, the second subgroup includes the patients with the first-degree obesity and the third subgroup includes the patients with the second-degree obesity. The control group consisted of 20 practically healthy persons. The subpopulation composition of the lymphocytes was determined using a monoclonal antibody by the «Sorbent TM» company to the clusters: CD25 + (receptors for IL-2), CD95 + (FAS / APO-1), HLA-DR+ by indirect immunofluorescence and CD16 + (natural killer cells) using lymphotoxic test.

**Results and Discussion.** It is determined that in all group of the observations the varied likely increase of the number of the activated receptors on lymphocytes is happening which according from the increase of the indices of the body mass index and it is more significant in the presence of the steatohepatitis in terms of CD16 +, CD25 +, CD95 + immune markers. In the group with nonalcoholic steatohepatitis with the moderate activity is a significant prerequisite for the implementation of lysis of the

target cells in terms of relative CD16 + lymphocytes (from  $p < 0,001$  and  $p < 0,05$ ). The level of CD25 + lymphocytes indicate a probable early cell activation in the all groups monitoring and activation of inflammation especially in patients with nonalcoholic steatohepatitis with moderate activity (from  $p < 0,001$  and  $p < 0,05$ ). It is determines that in the both nonalcoholic hepatic steatosis and nonalcoholic steatohepatitis the increased level of expression in CD95+ peripheral blood lymphocytes is observed, indicating a readiness to cell apoptosis and further progression of nonalcoholic fatty liver disease.

**Conclusions.** The patients with comorbid course of nonalcoholic hepatic steatosis and nonalcoholic steatohepatitis in combination with the obesity and pathology of biliary tract the authentic increase of the number of the activated receptors on lymphocytes is observed (CD16+, CD25+, CD95+) which according to the increase of the body mass index which is more significant in the presence of the steatohepatitis.

---

#### THE USE OF ETHYLMETHYL-DYROXYPIRIDINE SUKGINATE IN COMPLEX THERAPY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION DEPENDING ON RENAL FUNCTION

Garmish I.P.<sup>1</sup>, Demkova N.I.<sup>1</sup>, Dibrova M.S.<sup>2</sup>, Skorohodova E.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

<sup>2</sup>I.I. Mechnikov Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital

**Introduction.** One of the most common diseases of the cardiovascular system in the world is arterial hypertension (AH). Today, the prevention of damage to «target organs» is important issue. It is well known that hypertension is associated with the development of asymptomatic brain lesions. But not always the control of the blood pressure improve symptoms such as headache, dizziness, confusion, fatigue, low mood, memory loss.

**Objectives.** The aim of our study was to evaluate efficiency of the use of ethylmethyl-dyroxypridine sukcinat in complex therapy in patients with arterial hypertension depending on renal function.

**Methods.** The study included 30 patients (mean age  $65,2 \pm 6,2$  years) with AH. Patients included in the study on the background of medicamentous correction of AH. To determine the degree of cognitive impairment was used the Montreal scale assessment of cognitive impairment (MoCA). To determine the level of disorders in psycho-emotional sphere we used the hospital anxiety scale (HADS-T) and hospital depression scale (HADS-D). The patients were divided into two groups depending on the level of glomerular filtration rate (GFR). The first group (11 persons) consisted of patients with AH with preserved renal function ( $GFR > 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ), in this group to «basic» antihypertensive therapy we added ethylmethylhydroxypridine succinate; the second group (10 persons) – patients with AH with reduced renal

function ( $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2 < \text{GFR} < 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ), in this group we also added the ethylmethylhydroxypyridine succinate; and patients in the control group (9 people) who received only «basic» therapy of AH.

**Results.** In the beginning of the study the indicators of anxiety and depression did not vary significantly in all groups. At the end of the study, the changes in the indicators of scales of anxiety and depression demonstrated the reduce the severity of anxiety and depressive disorders in groups where patients received ethylmethylhydroxypyridine succinate. So in the first group the number of patients with subclinical anxiety decreased by 5 (55,56 %) ( $p < 0,05$ ), the second – 5 (62,5 %) ( $p < 0,05$ ), control – 2 (22,22 %) ( $p < 0,05$ ). The number of patients with subclinical depression in the first group decreased by 4 (is 57,14 %) ( $p < 0,05$ ), the second – 4 (50 %) ( $p < 0,05$ ) and in the control group – 1 (12,5 %) ( $p > 0,05$ ). More expressed positive dynamics was observed among patients who in addition to the standard therapy of hypertension patients received the drug containing ethylmethylhydroxypyridine succinate. Special attention was paid to dynamics of indicators of MoCA as the most sensitive in mild cognitive impairment. By the end of the study showed positive trends in main groups: first – +9,12 % ( $p < 0,05$ ), the second +8,92 % ( $p < 0,05$ ), in the control and +1,2% ( $p > 0,05$ ), with significantly more expressed dynamics in patients who took ethylmethylhydroxypyridine succinate.

**Conclusions.** Ethylmethylhydroxypyridine succinate demonstrated a comparable efficiency in the studied groups, indicating lack of influence of renal function decrease ( $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2 < \text{GFR} < 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ) to the clinical efficiency of this drug. Ethylmethylhydroxypyridine succinate in addition to the standard therapy of arterial hypertension has demonstrated an additional clinical efficiency: positive dynamics of indicators of psycho-emotional sphere and MoCA level.

---

## TYPE OF RENAL LESION IN HEMORRHAGIC VASCULITIS

Khaniukov A., IegudinaYe.

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

**The aim of the work:** to conduct a comparison of the nature of renal disease with the clinical course of hemorrhagic vasculitis (HV), to assess the correlation between extrarenal manifestation of disease with morphological features of glomerulonephritis (GN).

**Materials and methods.** The study included 144 patients with HV (56 % of men and 44 % of women). In 21 patients (12 men and 9 women) with preserving renal function and urinary syndrome it was performed morphological study of renal tissue in their lifetime. As a whole, GN was diagnosed in 65 % of patient population, chronic renal failure I–IV degree – in 17 %, nephrotic syndrome – in 8 %. The morphological class GN was bigger in men.

**Results and discussion.** According to the results of variance and correlation analysis activity of HV, integrated severity of extrarenal manifestations of the disease, the severity of cardiac pathology influence on the incidence of GN, and glomerular filtration rate depends on the parameters of anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, effective renal plasma flow depends on the levels of immunoglobulin (Ig) M and circulating immune complexes, renal vascular resistance – on the content of IgG, and fibrinogen, fibronectin, C-reactive protein and IgA level in blood depends on the changes in the kidneys.

**Conclusions.** Clinic-pathologic character of kidney damage in HV in the form of GN correlated with extrarenal manifestations of the disease, the degree of disease activity and the concentration of immune inflammatory proteins in blood.

**Key words:** hemorrhagic vasculitis, kidney, extrarenal symptoms, course, correlation.

---

### АБДОМІНАЛЬНЕ ОЖИРІННЯ – ФАКТОР РИЗИКУ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ЖІНОК

Рокутова М.К., Мельник В.В.

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

**Ціль роботи:** оцінити вплив надлишкової маси тіла (НМТ) та цукрового діабету (ЦД) при онкологічних захворюваннях у жінок.

**Матеріали і методи дослідження:** обстежено 20 амбулаторних пацієнок віком від 31 до 63 років. Всі жінки в анамнезі мали онкологічні захворювання різної локалізації. Серед них: рак шийки матки (РШМ) – 15 (75,0 %), аденокарцинома молочної залози – 3 (15,0 %), рак прямої кишки – у 2 (10,0 %) осіб. Поряд із загальною клінічними методами дослідження, оцінкою об'єктивних даних і анамнезом захворювання проведено антропометрію, тонометрію, дослідження біохімічного аналізу крові, статистичний аналіз – для узагальнення отриманих результатів (непараметричні методи описової статистики, кореляційний аналіз). Дослідження мало випадковий характер.

**Результати дослідження.** В групі пацієнтів ( $n = 20$ ) середній показник маси тіла склав 77,5 (60,0;91,0) кг; індекс маси тіла (ІМТ) – 28,0 (24,7;33,0) кг/м<sup>2</sup>; об'єм талії (ОТ) – 92,0 (86,5;102,0) см; об'єм стегон (ОС) – 99,5 (90,5;112,5) см; співвідношення ОТ/ОС – 0,96 (0,87;1,07); співвідношення ОТ до росту – 0,56 (0,52;0,61). Підвищений рівень ІМТ виявлено у 15 (75,0 %) жінок, з них: НМТ – у 7 (35,0 %) жінок, абдомінальне ожиріння I ступеня – у 5 (25,0 %) осіб, II ступеня – 3 пацієнок (15,0 %). Необхідно підкреслити, що по показнику ОТ/ріст НМТ або абдомінальне ожиріння мали практично всі (95,0 %) особи. Ускладнену спадковість по онкологічних захворюваннях зафіксовано у половини жінок, з них по ожирінню – у 5 (25,0 %) пацієнтів, по цукровому діабету 2-го типу – у 3 (13,9 %) хворих. Однак,

цукровий діабет 2-го типу виявлено лише у 1 особи (5,0 %). Враховуючи невелику кількість жінок з аденокарциномою молочної залози і раком прямої кишки подальший аналіз проводився тільки серед осіб з раком шийки матки (n=15). У жінок з РШМ абдомінальне ожиріння по підвищеному рівню ІМТ виявлено у 4 (26,7 %) жінок, I ступеня – у 3 (20,0 %) осіб, II ступеня – у 1 пацієнтки (6,7 %), НМТ – у 7 (46,6 %) хворих. Необхідно відмітити, що надлишок маси тіла по показнику ОТ/ріст відзначено практично у всіх (93,3 %) пацієток з РШМ. Виявлено прямий достовірний кореляційний зв'язок між спадковістю по онкологічних захворюванням і антропометричними показниками: масою тіла ( $r=0,62$ ,  $p<0,01$ ), ОТ ( $r=0,61$ ,  $p<0,01$ ), ІМТ ( $r=0,66$ ,  $p<0,01$ ), ОТ/ріст ( $r=0,49$ ,  $p<0,05$ ), ОТ/ОС ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ).

**Висновки.** Надлишкова маса тіла та ожиріння поширена серед жінок з онкологічними захворюваннями, насамперед, з раком шийки матки. Сімейний анамнез на онкологічні захворювання, в тому числі, наявність у родичів першої лінії ожиріння або ЦД 2-го типу, виявляється у великої кількості жінок з онкологічними захворюваннями. Відзначена залежність між підвищеними антропометричними показниками у даної категорії жінок і сімейним анамнезом на онкологічні захворювання. Для комплексної діагностики надлишкової маси тіла, окрім стандартних антропометричних показників, слід використовувати співвідношення ОТ до росту, а також необхідні додаткові методи дослідження для виявлення асоційованих з абдомінальним ожирінням метаболічних станів (ЦД 2-го типу, дисліпідемія, гіперурикемія тощо). Необхідно як можна раніше виявляти жінок з надлишковою масою тіла та обтяженим сімейним анамнезом на онкологічні захворювання з метою ранньої діагностики, профілактики та лікування абдомінального ожиріння, метаболічних розладів, а також спостерігати дану когорту жінок, як групу великого ризику розвитку онкологічних захворювань.

---

## АНАЛИЗ ОБОСНОВАННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Киреева Т.В., Шевченко Ю.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

Внебольничная пневмония (ВП) и в XXI веке остается важной медико-социальной проблемой, так как это заболевание имеет достаточно высокие показатели инвалидизации и смертности, а также характеризуется значительными экономическими затратами для пациентов, и государства. В Украине в 2013 г. срок нетрудоспособности в результате пневмонии составил 13,1 дней на 100 работающих (Визир В.А.). Сохраняется высокий процент (60–80 %) госпитализированных пациентов, что значительно повышает экономическое бремя.

**Целью** нашего исследования было оценить тяжесть течения ВП и выбор места лечения пациента с ВП в терапевтическом отделении городской больницы.

**Методи исследования.** Использовались клинические и дополнительные методы исследования (рентгенографическое исследование грудной клетки в 2-х проекциях, общеклинические анализы, пульсоксиметрия). Для анализа использовался статистический метод – метод корреляционного анализа.

**Результаты.** Обследовано 30 пациентов, из них 16 мужчин и 14 женщин. Средний возраст 51,5 лет. 17 % больных не имели сопутствующей патологии и других модифицирующих факторов, 60 % имели 2 и более сопутствующих заболеваний, среди которых преобладала сердечно-сосудистая (50 %) и бронхолегочная (37 %) патологии. У 100 % пациентов на рентгенографии выявлены инфильтративные изменения лёгких. Пневмоническая инфильтрация в пределах 1 сегмента у 74 % пациентов, полисегментарное поражение легких у 26 %. Изменения в анализе крови, отражающие общевоспалительный ответ были у всех пациентов. Явления экссудативного плеврита были у 13 %.

С помощью прогностических шкал CRB-65 и SMART-CO мы выделили категорию пациентов, которые нуждались в амбулаторном и стационарном лечении, а также нуждающихся в интенсивной терапии. В связи с данными исследования становится ясно, что ВП 1 группы была у 3 пациентов – 10 %; ВП 2 группы была у 9 пациентов – 30 %; ВП 3 группы была у 16 пациентов – 53 %; ВП 4 группы была у 2 пациентов – 7 %. Следовательно, с учетом клинико-рентгенологических, лабораторных данных, прогностических шкал только 60 % пациентов с ВП были госпитализированы согласно национальным рекомендациям, а 40 % госпитализованных пациентов были без сопутствующей патологии или с патологией одной системы, и могли лечиться амбулаторно. Известно, что стационарное лечение в несколько раз дороже амбулаторного. Только курс парентеральных антибактериальных препаратов для лечения пневмонии на 7 суток в 5–6 раз превышает курс пероральных антибактериальных препаратов (аугментин: 1,2 г 3 раза в день парентерально – стоимость 1026 грн; 875/125 мг 2 раза в день таблетировано – стоимость 168 грн). С учетом расходов на содержание койки, работы медперсонала, обследования и сопутствующей терапии стоимость лечения ВП 1 и 2 клинической группы в стационаре возрастает в десятки раз.

**Выводы.** Соблюдение национальных рекомендаций по тактике ведения пациентов с ВП позволит значительно снизить персональные и бюджетные экономические затраты на лечение заболевания. Лечение пациентов с нетяжелыми ВП (1 и 2 клиническая группа) является рутинной практикой врача общего профиля. Необоснованная госпитализация этих пациентов отражает мнение населения и определенных групп врачей и не является рациональной.



## АНАЛІЗ ПРИХІЛЬНОСТІ ХВОРИХ ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІХС УХВОРИХ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ

Шукіна О.С., Коваль О.А.

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

**Мета:** оцінити прихильність серед пацієнтів з гострими коронарними синдромами (ГКС), які мали в анамнезі перенесений інфаркт міокарду, до попередніх рекомендацій щодо модифікації способу життя та медикаментозної терапії під час повторної госпіталізації з ГКС.

**Матеріали та методи:** було проведено детальний аналіз анамнезу та обстеження 35 хворих, які були госпіталізовані в КЗ «ДКОШМД» ДОР з ГКС та мали в анамнезі інфаркт міокарду і склали 34,6 % від послідовно досліджених хворих з ГКС (101 пацієнт).

**Результати.** Середній вік хворих дорівнював  $68,5 \pm 11,3$  роки; чоловіки склали більшість – 63,8 %. 23,2 % мали діагноз при госпіталізації ГКС з елевацією сегменту ST. Середній індекс маси тіла склав  $28,6 \pm 5,7$  кг/м<sup>2</sup>, що відповідає надлишковій масі тіла. 17,4 % пацієнтів палили на момент повторної госпіталізації і стільки ж (17,4 %) покинули палити менш ніж 1 рік назад, при тому що середній час від попереднього інфаркту міокарду складає 3,5 роки. 34,8 % пацієнтів не палили або. Тільки половина пацієнтів (52,2 %) приймала ацетилсаліцилову кислоту (АСК) та 5,8 % – клопідогрель у зв'язку з наявністю протипоказань до АСК. З усіх хворих з артеріальною гіпертензією (98,6 %)  $\beta$ -адреноблокатори приймали 29 %, інгібітори АПФ або сартани – 40,6 %, петльові діуретики – 8,7 %, антагоністи кальцію – 8,7 %, а майже половина (47 %) не приймали жодного антигіпертензивного препарату та не контролювали свій рівень артеріального тиску. Менш ніж п'ята частина хворих (17,4 %) приймала статини, при цьому середній рівень холестерину склав  $4,9 \pm 1,1$  мм/л, що свідчить про недосягнення цільових цифр. Серед пацієнтів з цукровим діабетом АСК приймали – 33,4 %, статини – 16,7 %. 5,8 % усіх пацієнтів постійно приймали НПЗП. Варфарин серед опитаних застосовували 5,8 % пацієнтів, нові оральні антикоагулянти ніхто з пацієнтів не застосовув. Одночасно аміодарон та варфарин приймало 2,9 % пацієнтів (мала місце постійна форма фібриляції передсердь). 8,7 % хворих приймали метаболічну терапію на момент поступлення.

**Висновки.** Пацієнти з перенесеним інфарктом міокарду не дотримуються рекомендацій лікарів щодо модифікацій способу життя та прийому необхідних медикаментів, що в 37,7 % прямо пов'язано з повною відсутністю прихильності до лікування і призводить до повторних ГКС. Повністю прихильними до вторинної профілактики серцево-судинних захворювань виявились тільки 14,5 %, а частково прихильними – 47,8 %. Найнижча прихильність відмічена щодо постійного прийому статинів.

## АНТИКОАГУЛЯНТНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З НЕКЛАПАННОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ТРОМБОЗОМ ВУШОК ПЕРЕДСЕРДЬ

Сапожниченко Л.В., Калашникова О.С., Марзан О.О., Курочка Г.В.  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

**Мета:** оцінити ефективність та безпечність призначення дабігатрану у пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь (ФП) та тромбозом вухок передсердь.

**Матеріали та методи:** У дослідження було включено 70 пацієнтів з неклапанною ФП, які у вигляді антикоагулянтної терапії отримували дабігатран в дозі 150 мг або 110 мг двічі на день в залежності від швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та ризику кровотечі у період з вересня 2014 р. до серпня 2015 р.

**Результати:** Середній вік пацієнтів склав  $64 \pm 9$  років, кількість чоловіків – 40, жінок – 30, з персистою формою ФП – 61 пацієнт, з постійною – 9. Хворі, яким антикоагулянтна терапія проводилась дабігатраном, мали в середньому 3,6 бали за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Серед показників переважали застійна серцева недостатність/дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду  $\leq 40\%$  (16 бал), яка складала 88,6 %; артеріальна гіпертензія (АГ) (1 бал) – 80,0 %; судинні захворювання (інфаркт міокарду в анамнезі, периферичний атеросклероз, атеросклеротичні бляшки в аорті – 1 бал) – 58,6 %; жіноча стать (1 бал) – 40,0 %; вік 65–74 роки (1 бал) – 37,1 %; вік  $\geq 75$  років (2 бали) – 10,0 %; інсульт, транзиторна ішемічна атака або артеріальна тромбоемболія в анамнезі (2 бали) – 7,2 %; цукровий діабет (1 бал) – 7,1 %. За шкалою HAS-BLED для оцінки ризику кровотеч при ФП отримано такі результати: пацієнти з АГ – 80,0 %; прийом антиагрегантів, нестероїдних протизапальних засобів/алкоголізм – 45,7 %; вік старше 65 років – 44,3 %; порушення функції нирок/печінки – 8,6 %; інсульт – 7,2 %; кровотечі – 0; лабільність міжнародного нормалізованого співвідношення – 0. Таким чином, кількість пацієнтів з високим ризиком кровотечі (3 і більше бали за шкалою HAS-BLED) становила 18 (25,7 %). ШКФ  $< 50$  мл/хв мали 5 % хворих. Також всім пацієнтам було проведено черезстраховідну ЕхоКГ. Формування тромбів у вущці лівого передсердя спостерігалось у 67 пацієнтів (95,7 %) та у більшості з них тромби були організованими – 64 пацієнти, що складає 95,5 %; у вущці правого передсердя було виявлено неорганізований тромб у одного хворого. За період спостереження тромбоемболічне ускладнення (ТЕУ) спостерігалось в одного пацієнта, малі кровотечі виникли у 5 (7,1 %) хворих.

**Висновки:** Пацієнти з ФП неклапанного генезу та тромбозом вухок передсердь мали в середньому 3,6 бали за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc та 25,7 % з них відносились до групи високого ризику за шкалою HAS-BLED. Профілактика ТЕУ у даної групи пацієнтів з використанням дабігатрану в дозі 150 мг або 110 мг двічі на день виявилась ефективною та безпечною: спостерігалась низька частота геморагічних ускладнень, ТЕУ за період спостереження виникло лише в 1 пацієнта.

## АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ І СУДИН У ХВОРИХ З ШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Бабець А.А.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

**Вступ.** У хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ) і товщина комплексу інтима-медіа (КІМ), як маркери ураження органів-мішеней, асоційовані з величинами артеріального тиску (АТ) при добовому моніторингованні АТ (ДМАТ) більшою мірою, ніж з офісним АТ.

**Мета** – вивчити особливості взаємозв'язку добового профілю артеріального тиску й кардіоваскулярного ремоделювання у хворих з перенесеним ішемічним інсультом.

**Матеріал і методи.** В клініці ДУ «УкрДержНДІМСПІ МОЗ України» обстежено 58 осіб з артеріальною гіпертензією (АГ) III стадії у відновному періоді після перенесеного інсульту. Тривалість АГ сягала  $4,8 \pm 1,6$  роки, після перенесеного інсульту минуло  $3,3 \pm 1,8$  року, у 10,9 % осіб був повторний інсульт. Усім хворим проводили добове моніторування АТ на апараті АВРМ-1 (Meditech, Угощина) (у 47 осіб), доплерехокардіографічне дослідження – на апараті Sonos (Philips) (у 58 обстежених), ультразвукове дослідження брахіоцефальних артерій – на апараті LOGIC 5P PRO (USA) (у 44 осіб).

**Результати.** На тлі наявної гіпертонії та перенесеного інсульту в усіх хворих гіпертрофія лівого шлуночка зустрічалась у 52,8 %, тоді як у 47,2 % її не було. Виявлено ексцентричну у 23,6 % і концентричну у 18,9 % гіпертрофії, концентричне ремоделювання – у 10,4 % обстежених. Серед осіб без гіпертрофії ЛШ добовий профіль АТ non-dipper зустрічався у 24,0 %, night-peaker – у 12,0 %, dipper – у 56,0 %, over-dipper – у 8,0 % обстежених; тоді як при наявності гіпертрофії суттєво зростали поширеність night-peaker до 14,3 % та non-dipper – до 33,9 %. У хворих з ексцентричною і концентричною гіпертрофіями та у осіб з концентричним ремоделюванням добовий профіль АТ non-dipper діагностовано відповідно у 32,0; 30,0 і 45,5 %, night-peaker – у 20,0; 10,0 і 9,1 %, dipper – у 48,0; 60,0 і 45,5 % обстежених. Потовщення комплексу інтима-медіа (КІМ > 0,09 мм) зустрічалося у 45,5 % усіх пацієнтів, тоді як при ексцентричній і концентричній гіпертрофіях та у осіб з концентричним ремоделюванням – у 32,5; 20,0 і 45,0 %. Серед осіб з нормальним КІМ добовий профіль АТ non-dipper зустрічався у 31,3 %, night-peaker – у 8,3 %, dipper – у 54,2 %, over-dipper – у 5,2 % обстежених; тоді як при потовщенні КІМ зростали поширеність night-peaker до 20,0 % та non-dipper – до 32,5 %. Збільшення пульсового АТ (ПАТ > 60 мм рт.ст.) у хворих з добовим профілем АТ non-dipper відзначалось – у 50,0 %, night-peaker – у 16,7 %, dipper – у 33,3 % обстежених. Варіабельність систолічного АТ вдень і вночі (ВАР САТ д/н > 15) зустрічалась у 76,3 % і 69,9 %; варіабельність діастолічного АТ вдень (ВАР ДАТ д > 14) визначалась у 20,4 %, а вночі (ВАР ДАТ н > 12) – у 4,8 % пацієнтів. Збільшення

(ВАР САТ д/н>15) у осіб з добовим профілем АТ non-dipper відзначалось – у 28,2 і 25,9 %, night-peaker – у 14,1 і 13,8 %, dipper – у 52,1 і 56,9 % обстежених; підвищення (ВАР ДАТ д>14 і н>12) у осіб з добовим профілем АТ non-dipper спостерігалось – у 42,1 і 75 %, night-peaker – у 15,8 % і 0, dipper – у 31,6 і 25,0 % випадків.

**Висновки.** У хворих на АГ III стадії добовий профіль АТ dipper можна вважати окремим фактором ризику прогресування захворювання, у зв'язку з тим, що при ньому значно частіше зустрічалися ексцентрична (у 48,0 %) і концентрична гіпертрофія ЛШ (у 60,0 %), концентричне ремоделювання (у 45,5 %), потовщення КІМ (у 45,0 %) та збільшення ВАР САТ д/н (у 52,1 і 56,9 % обстежених).

---

### ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ

Мошенець К.І.

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

**Мета дослідження.** Визначити зміни варіабельності ритму серця (ВРС) та артеріального тиску (АТ) у пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу (ЦД 1) в залежності від перебігу захворювання.

**Методи дослідження.** Обстежено 30 пацієнтів із ЦД 1, з них чоловіків 16 (53 %), жінок – 14 (47 %). Середній вік хворих –  $27,6 \pm 2,49$  роки, тривалість захворювання  $10,8 \pm 1,46$  років, індекс маси тіла (ІМТ)  $22,6 \pm 0,62$  кг/м<sup>2</sup>. Всі пацієнти були на інсулінотерапії за базисно-болусною схемою, добова доза інсуліну  $44 \pm 3,15$  Од. Для верифікації та визначення перебігу захворювання визначались: С-пептид, НвА1с, креатинін крові, мікроальбумін в ранковій порції сечі (МАУ). Проводилось тривале моніторування рівня глікемії за допомогою системи CGMS паралельно із холтерівським моніторуванням ЕКГ (ХМ) та тривалим моніторуванням АТ протягом 24 годин. Для виключення органічної патології та визначення скорочувальної здатності міокарда проводилась ЕХО-кардіографія. Пацієнти були розподілені на 2 групи за рівнем НвА1с: група 1 з НвА1с ≤ 7 % та група 2 з НвА1с > 7 %. Групи було розділено на підгрупи за відсутністю (А) або наявністю (В) гіпоглікемії.

**Отримані результати.** Групи не відрізнялись за частотою гіпоглікемії. Підрахунок результатів в залежності від тривалості ЦД 1 виявив збільшення LF/HF ( $r=0,383$ ;  $p<0,05$ ), підвищення середнього систолічного артеріального тиску (САТ) протягом доби ( $r=0,372$ ;  $p<0,05$ ), підвищення середнього діастолічного артеріального тиску (ДАТ) протягом доби ( $r=0,446$ ;  $p<0,05$ ) та добових показників індексу площі ДАТ (ДАТ) і індексу часу ДАТ (ІЧДАТ): ( $r=0,422$ ;  $p<0,05$ ) проти ( $r=0,411$ ;  $p<0,05$ ) відповідно. Групи достовірно розрізнялись за такими спектральними характеристиками серцевого ритму, як VLF, LF, HF ( $p<0,05$ ) та показниками моніторування АТ: за індексом площини ДАТ (ІПДАТ) вдень і індексом часу ДАТ

(ГЧДАТ) вдень. За іншими показниками вони були однорідні. В групі 2В в порівнянні із 2А визначено достовірно вищий рівень МАУ 50,8 мг/л (36,3;84,2) проти 33,1 мг/л (20,3;42). Було виявлено зниження часових показників ВСР: RMSSD за добу 23,5 мс (14,0;34,0) проти 31,5 мс (28,0;43,0), рNN50 за добу 4,50 % (1,0;11,0) проти 8,50 % (6,00;13,50) та добових частотних характеристик ВСР: HF 380,0 мс<sup>2</sup> (149,0;713,0) проти 729,0 мс<sup>2</sup> (495,0;1153,0). В групі 2 А LF/HF був достовірно нижчий: 3,40 (2,40;4,30) проти 4,35 (4,10;6,50) (р<0,05). Моніторування АТ виявило достовірно вищі добові показники ІПДАТ 6,80,0 (3,30;10,6) проти 5,20 (1,45;14,35) та ГЧДАТ 6,4 % (0,9;15,4) проти 5,75 % (2,35;12,85) у порівнянні із хворими без гіпоглікемії (р<0,05). Подібна картина спостерігається і у групі 1.

**Висновки.** Найбільш достовірними критеріями оцінки змін варіабельності серцевого ритму у пацієнтів із ЦД 1 є визначення RMSSD, LF, HF та LF/HF. Зі збільшенням тривалості захворювання пов'язано переважно підвищення LF/HF та збільшення добових показників діастолічного АТ. При цьому спостерігається зниження варіабельності серцевого ритму як за часовим так і за частотними показниками. Гіпоглікемія є найбільш значущим фактором, який призводить до зниження ВСР, крім того вона потенціює появу МАУ, розвиток якої супроводжується достовірним зниженням циркадного індексу та тенденцією до збільшення індексу маси міокарду лівого шлуночка (ММЛШ) та товщини задньої стінки лівого шлуночка (р<0,1). Досягнення цільових рівнів глікемії та попередження гіпоглікемії є основним засобом профілактики розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи у хворих на ЦД 1.

---

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЖОРСТКІСТЮ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Сиренко О.Ю.<sup>1</sup>, Лисунець Т.К.<sup>2</sup>, Тарнавська Н.М.<sup>2</sup>, Гречаник Н.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро,

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро

Хворі з поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії(АГ) з ревматоїдним артритом (РА) мають високу частоту змін показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), проте чинники, що призводять до цього залишаються маловідомими, зокрема взаємозв'язок із жорсткістю каротидних артерій.

**Мета дослідження** – визначити особливості добового профілю артеріального тиску у пацієнтів із АГ в поєднанні з РА в залежності від показників жорсткості каротидних артерій.

**Матеріали та методи.** Обстежено 62 хворих (6 чоловіків, 56 жінок) віком 45–65 років (медіана – 54 [51; 60] років) з АГ із достатнім офісним контролем АТ.

Першу групу дослідження склали 42 хворих на АГ в поєднанні з РА низької активності захворювання та стабільно підбраною терапією, другу – 20 хворих на АГ без супутнього РА. Всім пацієнтам проводили загально клінічне обстеження, ультразвукове дослідження каротидних судин із визначенням товщини комплексу інтима-медіа, пружно-еластичних властивостей, добове моніторування артеріального тиску.

**Результати.** У 32 (76,2 %) пацієнтів із поєднаним перебігом АГ та РА визначені порушення показників ДМАТ. Рівень середньонічного ДАТ, добової варіабельності ДАТ, швидкості ранкового підвищення артеріального тиску, ступінь нічного зниження ДАТ були достовірно вищими у хворих першої групи – 74,81 [69,34; 77,27] мм рт. ст.; 14,08 [12,15; 15,89] мм рт. ст.; 11 [8; 14] мм рт.ст/год; 11,23 [9,52; 13,69] % відповідно ( $p < 0,05$ ). Середньодобова варіабельність САТ (ВСАТ) та ДАТ (ВДАТ) перевищувала нормативні значення в більшості пацієнтів з АГ в поєднанні з РА – 32 (76,2 %) та 29 (69,1 %) відповідно, що достовірно частіше ніж в групі ізольованої АГ ( $p < 0,05$ ). 21 (50 %) і 4 (20 %) пацієнтів першої та другої групи мали профіль артеріального тиску «нон-діппер» ( $p < 0,05$ ). Пацієнти зі встановленими змінами пружно-еластичних властивостей каротидних артерій мали достовірно вищі показники ВСАТ, ВДАТ, індексу часу (ІЧ) САТ, ІЧ ДАТ та достовірно нижчий рівень ІЧ ДАТ ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Зміни добового профілю артеріального тиску у хворих з офісно контрольованої артеріальної гіпертензії в поєднанні зревматоїднимартритом характеризуються підвищеною варіабельністю САТ, ДАТ, індексу часу САТ, ДАТ і переважанням «нон-діпперів», що асоціюється з наявністю артеріосклеротично-горе моделювання каротидних артерій.

---

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ ТА НАЯВНІСТЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ ТА ПЕРИФЕРИЧНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ІІІ І ІV СТАДІЇ

Фролова Є.О.<sup>1</sup>, Яценко Т.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро,

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро

Відомо, що ХХН та ССЗ мають ряд спільних потенційно модифікуючих факторів ризику, найбільш вагомими з яких є АГ, паління та дисліпідемія. Актуальність більш ранньої діагностики атеросклеротичного ураження судин у хворих на ХХН визначається як його значною поширеністю, так і тим, що кардіоваскулярна патологія є причиною летальних випадків більш, ніж у половини хворих на ХХН.

**Мета дослідження:** оцінити частоту основних та додаткових факторів ризику ССЗ та їх взаємозв'язок з наявністю атеросклеротичного ураження магі-

стральних та периферичних артерій у хворих на ХХН III і IV стадії (ШКФ від 59 до 15 мл/хв x 1,73 м<sup>2</sup>).

**Матеріали та методи:** до дослідження включено 42 хворих на ХХН III і IV ст. у віці від 20 до 60 років (37,5 [29;48]) без анамнестичних та клінічних ознак за маніфестні ССЗ. Контрольну групу становили 20 осіб з ХХН I стадії зіставлених за основним захворюванням, статтю, віком та ІМТ. Усім хворим визначали ІМТ, рівень добової протеїнурії, ліпідний профіль крові; визначали ШКФ по формулі Cockcroft-Gault; оцінювали рівень АТ; вимірювали товщину КІМ сонних артерій та ГПІ.

**Результати:** встановлено, що у хворих на ХХН III і IV ст. має місце високий та дуже високий ризик розвитку ССЗ. Серед традиційних факторів ризику у хворих на ХХН III і IV ст. пріоритетними є АГ (83,3 % хворих), дисліпідемія (у 71,4 % хворих) та наявність надмірної маси тіла і ожиріння (у 45,2 % хворих). У хворих на ХХН III і IV ст. прогресування ХХН асоціювалось зі зниженням рівнів ЗХС та ХС ЛПВЩ крові (на 13,9 % і 31 % відповідно). Ураження органів-мішеней: збільшення рівня КІМ, зменшення ШКФ та зменшення показника ГПІ достовірно відрізнялось у хворих на ХХН III і IV ст. у порівнянні з контрольною групою ( $p=0,0134$ ;  $p<0,0001$  та  $p=0,0007$  відповідно). Спостерігався негативний вплив ШКФ на стан показників КІМ, САТ та ДАТ ( $r=-0,3127$ ,  $p=0,0240$ ;  $r=-0,4918$ ,  $p=0,0002$  та  $r=-0,4613$ ,  $p=0,0006$ ), а також на зниження показника ГПІ ( $r=0,3517$ ,  $p=0,0106$ ).

Таким чином, проведене дослідження показало багатофакторний характер розвитку атеросклеротичних змін як у магістральних, так і периферичних артеріях та наявність високого і дуже високого ризику розвитку ССЗ при ХХН III і IV ст., що необхідно враховувати при виборі підходів до первинної профілактики у цієї категорії хворих.

---

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВЕНТИЛЯЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ З ВИРАЗНІСТЮ ЗАГАЛЬНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ**

Басіна Б.О.

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

Традиційно найбільш об'єктивним методом оцінки бронхообструкції хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) вважається оцінка функції органів дихання за допомогою спірометрії, особливо значення постбронходилатаційного ОФV<sub>1</sub>. З іншого боку, в пульмонології вже накопичено достатньо даних щодо системного впливу ХОЗЛ та загальнозапальну відповідь при цій хворобі, особливо у тяжких хворих. Проте, до кінця не вивчено чи є взаємозв'язок між рівнем порушення функції зовнішнього дихання тарівніями біомаркерів системного запалення у цієї категорії хворих.



Саме тому метою дослідження було встановити наявність взаємозв'язку між маркерами системного запалення (С-реактивного протеїну (СРП), матриксних-металопротеїназ (ММП)-2 та 9, гіалуронової кислоти) та рівнями постбронходилаційного ОФВ<sub>1</sub> та сатурації у хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу.

**Матеріали і методи.** Основну групу склали 27 хворих (вік – 66,5±0,79 років) на ХОЗЛ тяжкого перебігу, які були залучені у стабільну фазу захворювання. Контрольну групу склали 26 практично здорових осіб (вік – 59,0±1,71 років).

**Результати.** Середній рівень ОФВ<sub>1</sub> склав 35,3±1,43 % від належн. При цьому показники всіх маркерів, що досліджувались, достовірно перевищували показники контрольної групи (табл. 1).

Таблиця 1

#### Рівні маркерів системного запалення у хворих на тяжкий ХОЗЛ у стабільну фазу

Показник	Основна група	Контрольна група
СРП, мг/л	10,2±1,54*	6,25±0,14
ММП-2, ум. од.	134,8±8,84*	103,7±4,75
ММП-9, ум. од.	167,1±18,10*	103,1±5,50
Гіалуронова кислота, мг/мл	0,27±0,01*	0,13±0,01

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно з контрольною групою

За даними кореляційного аналізу взаємозв'язку між рівнями маркерів у плазмі крові хворих на ХОЗЛ, рівнями ОФВ<sub>1</sub> та сатурацією крові визначено не було (табл. 2).

Таблиця 2

#### Рівні взаємозв'язку між різними показниками у хворих на тяжкий ХОЗЛ

Показник	ОФВ <sub>1</sub>	Сатурація
СРП, мг/л	R=0,28, p=0,16	R=0,13, p=0,53
ММП-2, ум. од.	R= 0,04, p=0,83	R=0,07, p=0,72
ММП-9, ум. од.	R=0,32, p=0,11	R= 0,01, p=0,92
Гіалуронова кислота, мг/мл	R=0,35, p=0,09	R= 0,04, p=0,99

**Висновки:** 1) не дивлячись на значне підвищення маркерів системного запалення таких як СРП, ММП-2 та гіалуронової кислоти порівняно зі здоровими особами у хворих на тяжкий ХОЗЛ, вони не відображають ступінь бронхообструкції; 2) підвищення маркерів системного запалення стабільного перебігу ХОЗЛ може бути самостійним незалежним фактором та показником можливої прогресії у хворих з вкрай низькими показниками ОФВ<sub>1</sub>.



## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ, РІВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА ТА АКТИВНІСТЮ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1 $\beta$ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Меженська К.А., Олійник М.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Поширеність цукрового діабету збільшується у всьому світі, і зараз можна говорити про епідемію у багатьох країнах, серед яких більшість розвинених. За даними Міжнародної Федерації Діабету (IDF) у світі на діабет хворіє вже 382 мільйони осіб, що втричі більше, ніж у 1990 році. При збільшенні віку пацієнтів показник поширеності цукрового діабету 2 типу (ЦД2) збільшується, і посилюється тяжкість перебігу захворювання. В той же час остеоартроз (ОА) є найпоширенішим захворюванням суглобів: зустрічається у всіх країнах світу і уражує, здебільшого, осіб старшого віку. За даними ВООЗ хворі на ОА складають 4 % населення земної кулі. Важливою є проблема коморбідності патологій, а також збільшення з віком кількості хворих, що страждають цими захворюваннями.

**Мета дослідження:** дослідити рівень інтерлейкіну-1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ), С-реактивного білка (СРБ) та їх взаємозв'язок з показниками вуглеводного обміну та клініко-рентгенологічними даними у хворих на ОА, ЦД2 та при їх поєднанні.

**Методи дослідження.** Наше дослідження було проведено на базі ревматологічного та ендокринологічного відділень Харківської обласної клінічної лікарні. Було обстежено 40 осіб, згодом розділених на 3 групи: 1-а – 10 осіб з ОА, 2-а – 10 хворих на ЦД2, і 20 осіб у групі хворих з поєднаною патологією. Середній вік досліджуваних пацієнтів  $53 \pm 2,01$  роки. Дослідження суглобів включало огляд, пальпацію, визначення індексу Лекена. Для підтвердження діагнозу ОА здійснювалося рентгенологічне дослідження суглобів та визначення рівня СРБ. Для визначення порушень вуглеводного обміну визначали рівень глюкози крові натщесерце (ГКН) та рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1C). Рівень ІЛ-1 $\beta$  визначали імуноферментним методом за допомогою набору реактивів «ProteinContour» (Росія). Дані обробляли статистичним методом, використовуючи програму StatSoft.

**Отримані результати.** Достовірно підвищення рівня СРБ відзначено у 1-ій ( $11,4 \pm 1,79$ ) і 3-ій ( $14,61 \pm 1,99$ ) групах ( $p < 0,05$ ). Було виявлено збільшення рівня ІЛ-1 $\beta$  у всіх досліджуваних нами групах: 1-а група –  $57,29 \pm 1,93$  пкг/мл, 2-а група –  $51,95 \pm 1,69$  пкг/мл, 3-а група –  $65,86 \pm 2,40$  пкг/мл, але достовірно більш високий рівень відзначався у пацієнтів з коморбідною патологією ( $p < 0,05$ ). Проведений кореляційний аналіз між рівнем ІЛ-1 $\beta$  та показниками вуглеводного обміну продемонстрував статистично значущий кореляційний зв'язок у 2-й групі: з ГКН ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ), HbA1C ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,05$ ) та 3-ї групи: з ГКН ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,05$ ) і HbA1C ( $r = 0,5$ ;  $p < 0,05$ ). При дослідженні взаємозв'язків між рівнем ІЛ-1 $\beta$  та перебігом ОА, були виявлені помірні кореляції з індексом Лекена у пацієнтів з ізольованим перебігом ОА ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ) і більш виражені у хворих з поєднаною патологією ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,05$ ). Кореляційний аналіз між рівнями СРБ та ІЛ-1 $\beta$  показав

значущі взаємозв'язки у всіх досліджуваних групах, а саме: у 1-ій групі ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ), у 2-ій – ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ), у 3-ій – ( $r=0,48$ ;  $p<0,05$ ).

**Висновки.** Отримані дані дозволяють зробити висновок про роль ІЛ-1 $\beta$  як в механізмах розвитку інсулінової недостатності при ЦД2, так і в розвитку імунного запалення в патогенезі ОА. При поєднанні ЦД2 та ОА (коморбідної патології) ІЛ-1 $\beta$  може призводити до більш важкого перебігу, ніж окремий перебіг кожного з вищезазначених захворювань.

---

### ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕГОМОГЕННОСТЬЮ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Бевзюк Л.В., Ена Л.М.

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

**Цель работы:** изучить взаимосвязь между структурно-функциональным состоянием сердца, маркерами электрической негетогенности миокарда и желудочковыми нарушениями ритма у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и сопутствующей фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материалы и методы.** Обследовано 140 пациентов пожилого возраста (71,1  $\pm$  0,7 лет), из них: 60 – с АГ и сопутствующей персистирующей ФП (персФП), 60 – с АГ и постоянной ФП (постФП) и 20 – с неосложненной АГ (группа контроля). Изучались с помощью ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ ВР) поздние потенциалы желудочков (ППЖ), нарушения желудочкового ритма (холтеровское мониторирование ЭКГ), структурно-функциональное состояние сердца (трансторакальная эхокардиография).

**Результаты.** ППЖ наиболее часто регистрировали у пациентов с ФП: в группе лиц с постФП – у 42 %, с персФП – 38 % участников. Среди больных с неосложненной АГ ППЖ определены у 15 % участников ( $\chi^2=4,7$ ;  $p<0,05$  при сравнении с постФП). Отмечено повышение часовых параметров ЭКГ ВР: длительность totQRS значимо возрастала на 19 % у пациентов с постФП и 10 % – с персФП, а LAS40 – на 38 % и 34 % соответственно, по сравнению с контрольной группой ( $p<0,05$ ). В то же время амплитудный параметр RMS40, уменьшался с  $32,8 \pm 3,2$  мкВ при неосложненной АГ, до  $26,4 \pm 2,3$  мкВ у пациентов с персФП и  $25,8 \pm 2,3$  мкВ – в группе с постФП. Одиночные желудочковые экстрасистолы (ОЖЭ) были превалирующим нарушением ритма у пациентов с АГ и регистрировались у 65 %, тогда как, в группе с персФП их встречаемость была 45 %, а у участников с постФП – 25 % ( $\chi^2=10,5$ ;  $p<0,01$ ). Желудочковые экстрасистолы высоких градаций выявляли у 5 % пациентов в группе контроля, тогда как среди пациентов с постФП они регистрировались у 62 % ( $\chi^2=13,5$ ;  $p<0,01$ ), а при персФП – в 28 % случаев ( $\chi^2= 4,7$ ;  $p<0,05$ ). У пациентов с персФП частота регистрации парных (ПЖЭ) и групповых

екстрасистол (ГЖЭ) была больше – соответственно на 20 % и 5 %, а при постФП – на 52 % и 23 % по сравнению с контрольной группой. При этом при постФП в сравнении с персФП частота встречаемости ГЖЭ в 4,5 раза была выше ( $p < 0,05$ ). Удлинение коррегированного интервала QTс (QTс) свыше 440 мс выявлено у 43 % пациентов с постФП, в то время как в группе АГ – у 10 % больных ( $\chi^2 = 7,3$ ;  $p < 0,01$ ), а при персФП – в 28 % случаев. Дилатация левого предсердия (ЛП) – характерная черта и предиктор развития ФП, была умеренной ( $4,1 \pm 0,1$  см) при персФП и более выраженной ( $4,8 \pm 0,1$  см) при постФП. Масса миокарда левого желудочка практически не отличалась у пациентов с неосложненной АГ и персФП, а при постФП она увеличивалась на 21 % ( $p < 0,05$ ). При персФП конечный систолический объем (КСО) увеличивался на 6 %, а при постФП – на 24%, по сравнению с неосложненной АГ. Увеличение размеров левого желудочка сопровождалось ухудшением его систолической функции. У пациентов с постФП наблюдалось снижение ФВ ( $53,2 \pm 1,3$  %) по сравнению с группами персФП и АГ ( $60,2 \pm 1,1$  % и  $63,3 \pm 1,7$  % соответственно) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** для АГ, осложненной ФП характерно нарастание явлений электрической негомогенности миокарда, частоты выявления и тяжести желудочковых нарушений ритма, которые достигают максимума при постФП. Явления электрической нестабильности сердца ассоциируют со структурно-функциональной перестройкой миокарда – увеличением размеров сердца (ЛП, КСО, КДО) и снижением систолической функции.

---

## **ВИЗНАЧЕННЯ ВЕДУЧИХ ФАКТОРІВ ВПЛИВУ НА ФОРМУВАННЯ ІНВАЛІДНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ РОЗВИТКУ КЛАПАННОГО АПАРАТУ СЕРЦЯ ТА ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНАУ**

Лисунець О.М., Ханюкова І.Я., Ткаченко Ю.В., Зубко І.М., Танцура О.В., Волкова Л.В.

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Реєструється збільшення питомої ваги вроджених клапанних вад серця та пролапсу мітрального клапану (ПМК) серед причин інвалідності працездатного населення України.

**Мета дослідження** – визначення ведучих факторів впливу на стан пацієнтів з вродженими вадами розвитку клапанного апарату серця ПМК у віддаленому періоді після хірургічних корекцій, що мали статус інваліда.

Для проведення дослідження використані дані клінічних, біохімічних, інструментальних, нейрофізіологічних, психологічних методів обстеження 175 хворих з вродженими клапанними вадами серця та ПМК. Статистичний опис вибірки проводили методами первинного статистичного аналізу, кореляційного

аналізу, застосовували коефіцієнт точково-бісеріальної кореляції. Факторний аналіз проводився за методом головних компонентів з варімаксимним обертанням факторної матриці для виділення прихованих (латентних) показників, що називаються факторами. Статистичну обробку даних здійснювали засобами автоматизованої системи VerMed.

**Отримані результати та обговорення.** Результати комплексного обстеження і факторного аналізу дозволили визначити 15 провідних факторів впливу і їх зв'язок з початковими ознаками. Основну вагу у факторній структурі формування обмеження життєдіяльності дорослих з клапанними вадами серця несуть: стан серцево-судинної системи (29,9 % загальної дисперсії); соціально-психологічні фактори (невротизація, соціальна ізоляція; когнитивно-мнестичні функції – 27,3 % загальної дисперсії); хронічна гіпоксемія (13 % загальної дисперсії).

Аналіз обмеження життєдіяльності в досліджуваній групі згідно діючої Інструкції по встановленню груп інвалідності з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (2001), визначив пріоритетними порушення в доменах: навчання та використання знань, економічна самостійність, міжособистісні взаємовідносини, життя у спільноті. Вивчення якості життя продемонструвало зниження у сферах: рівня незалежності, фізичній, оточуючого середовища. Психологічна деадаптація вивчаної категорії пацієнтів за даними обстеження формувалась за рахунок порушення систематизації мислення, відновлення складних логічних зв'язків, розкриття істотних зв'язків між предметами і явищами; за показником складних аналогій виявлені взаємозв'язки зі всіма напрямками по обмеженню життєдіяльності (навчання й застосуванню знань, спілкуванню, мобільності, побутовому життю, міжособовій взаємодії). На обмеження життєдіяльності у більшості пацієнтів з успішно корегованими клапанними вадами впливали нейрорегуляторні, психологічні та когнітивні порушення.

Визначено, що схеми ведення пацієнтів з клапанними вадами до кардіохірургічного втручання і в стаціонарі представляються достатньо відпрацьованими, однак в подальшому реабілітаційна і медико-соціальна допомога вимагає серйозного перегляду, як в цілому, так і по окремих складових.

---

## **ВИРАЖЕНІСТЬ СИМПТОМАТИКИ ХОЗЛ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ТЯЖКОСТІ ІШЕМІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ПОСДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

Буртняк Т.З., Фесенко В.І.

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

**Мета:** оцінити вираженість симптоматики хронічного обструктивного захворювання ялегень (ХОЗЛ) в залежності від рівня артеріального тиску (АТ) та

тяжкості ішемічних змін у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) у поєднанні з ХОЗЛ.

**Матеріали і методи.** До дослідження увійшло 53 пацієнта (41 чоловіків та 12 жінок), віком  $64,3 \pm 13,7$  років, яким встановлено діагноз АГ з ІХС та ХОЗЛ. При проведенні дослідження користувалися нормативними значеннями АГ, які рекомендовані Європейським товариством кардіологів та Українською асоціацією кардіологів (2013). У хворих на АГ I ст. виявлено у 7 чол. (13 %), II ст. – 39 (74 %), III ст. – 7 (13 %). Методи дослідження включали збір скарг та анамнезу, загальноклінічний огляд, реєстрацію ЕКГ та ехокардіографію (ЕхоКГ). За даними ультразвукового дослідження серця оцінювали товщину задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), міжшлуночкової перетинки (ТМШП), вільної стінки правого шлуночка (ПШ), правого передсердя (ПП), ударний об'єм (УО) та фракцію викиду ЛШ (ФВ ЛШ). Аналіз та статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програми «Excel» (Microsoft Office 2003). Достовірність відмінностей оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента (розбіжності середніх значень розцінювали як ймовірні при  $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження:** стенокардія напруги встановлена у 13 (24,6 %) хворих, а дифузний кардіосклероз – у 40 (75,4 %). Функціональний клас (ФК) II виявлено у 8 (15 %) хворих, ФК III – у 32 (60,3 %), ФК IV – у 11 (20,7 %). Серцева недостатність (СН) I встановлена у 13 (24,5 %), СН ІА – 33 (62,3 %), СН ІВ – 7 (13,2 %). У 6 (11,3 %) хворих виявлені епізоди безбольової ішемії міокарду. Хворі на АГ I ст. скаржились на відчуття серцебиття, задишку та тиснучі болі за грудиною при фізичному навантаженні, сухий кашель та втомлюваність. Хворі з АГ II ст. здебільшого відчували неритмічне підвищене серцебиття, тяжкість та тиснучі болі за грудиною та в прекардіальній області, задишку при побутових фізичних навантаженнях та інколи у спокої, малопродуктивний кашель з мокротою, поява задухи та швидкої втомлюваності. Хворі на АГ III ст. включали неритмічне серцебиття, пекучу біль в прекардіальній ділянці, задишку у спокої, приступоподібний вологий кашель, швидку втомлюваність, появу набряків на ногах, різкий головний біль, втрату свідомості. За даними ЕхоКГ ТЗСЛШ ( $1,21 \pm 0,007$  см), ТМШП ( $1,20 \pm 0,004$  см), ПШ ( $2,72 \pm 0,031$  см), ПП ( $17,4 \pm 1,012$  см<sup>2</sup>), УО ( $65,45 \pm 9,42$  мл), ФВ ЛШ ( $53,13 \pm 0,76$  %), що вказує підвищення навантаження на ПП та ПШ, гіпертрофію ЛШ. Середній показник ОФВ<sub>1</sub> становить  $37,47 \pm 11,3$  %, ФЖЄЛ  $59,1 \pm 9,5$  %, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ  $59,2 \pm 5,7$ . Частота дихання  $20,5 \pm 4,1$ /хв.

**Висновки:** отримані результати свідчать про пряму залежність вираженості симптоматики ХОЗЛ від рівня АГ та тяжкості ішемічних змін, що сприяє формуванню взаємногообтяження. ХОЗЛ обумовлює зростання частоти без больової ішемії міокарда та зниження толерантності до фізичного навантаження.

## **ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТАДИИ**

Шехунова И.А., Доценко Н.Я., Боев С.С., Герасименко Л.В.

ГЗ «Запорожская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье

**Цель исследования:** состояние когнитивных функций, психоэмоционального статуса у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) II стадии в зависимости от уровня образования, курения, питания.

**Материалы и методы.** Обследовано 102 больных АГ II стадии в возрасте  $49,84 \pm 0,83$  лет. У 40,2 % больных АГ была 2 степени, у 59,8 % – 3 степени, средняя продолжительность заболевания  $8,78 \pm 0,60$  лет. Когнитивные функции оценивали по Монреальской шкале (MoCA-тест). Уровень реактивной тревожности определяли с помощью опросника Спилбергера. Тяжесть депрессии оценивали по шкале депрессии Бека. Для статистического анализа применяли компьютерную программу «IBM SPSS Statistics 22».

**Результаты.** По характеру питания больные были разделены на две группы: 1-я, предпочитающая более рациональную пищу (рыба, овощи, фрукты и ограниченное количество мяса) и 2-я, предпочитающая мясо, сладости. Отмечено, что отсутствие депрессии было у 39,6 % больных 1-ой и 38,9 % 2-ой группы. У лиц, предпочитающих более рациональную пищу, легкая реактивная тревожность отмечалась у 45,8 %, умеренная – 43,8 %, тяжелая – 10,4 % больных. При этом у лиц 2-ой группы тяжелая тревожность отмечалась у 37,05 %, – умеренная у 37,05 %, а легкая лишь у 25,9 % больных ( $p < 0,05$ , соответственно по группам). По шкале MoCA-тест: когнитивная дисфункция выявлена у 77,80 % больных 2-ой и 18,5% 1-ой группы ( $p < 0,05$ ). По количеству выкуриваемых пачек сигарет в сутки больные были разделены на три группы: 1-я – не курили, 2-я – выкуривающих до 1 пачки, 3-я – выкуривающих более 1 пачки сигарет. При оценке баллов, уровень реактивной тревожности и степень депрессии не имели статистически достоверного различия ( $p > 0,05$ ). Когнитивные нарушения по группам по шкале MoCA-тест выявлены у 31,7 %, 40,0 % и 70,8 % больных ( $p < 0,05$  при сравнении 1 и 3 группы и при сравнении 2 и 3 группы). По уровню образования пациенты были разделены на три группы. 1-я – 25 больных со средним (10 – 11 классов), 2-я – 34 пациента со средне-специальным и 3-я – 43 пациента с высшим образованием. Доля пациентов с наличием когнитивных нарушений (менее 26 баллов) составила 68 %, 44,1 % и 23,3 %, соответственно. Анализ результатов шкалы Бека показал: у больных имелся легкий уровень депрессии, существенно не отличающийся в зависимости от уровня образования. Средние показатели реактивной тревожности по трем группам относятся к умеренному уровню тревожности и достоверно не отличаются в зависимости от уровня образования ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** У больных АГ II стадии, при отсутствии предпочтения к рациональному питанию, курение когнитивные нарушения выявляются в 2,2–4,2 раза

чаще, доля курящих была выше на 17,5 % среди лиц, не имевших предпочтение к рациональному питанию. При наличии негативных факторов образа жизни (нерациональное питание, чрезмерное курение) у большего числа больных с АГ II стадии встречалось нарушение психоэмоциональной сферы. Когнитивные нарушения у больных ГБ II стадии со средним уровнем образования выявляются достоверно чаще, чем у больных со средне-специальным и высшим образованием.

### **ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА КАРДИОГЕМОДИНАМИКУ И ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Мухаммад Мухаммад<sup>1</sup>, Митрохина О.С.<sup>1</sup>, Загороднюк Д.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр,

<sup>2</sup>КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается самым тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы. Значительно отягощает течение ХСН присоединение фибрилляции предсердий (ФП). Высокая распространенность ФП, спектр вызываемых ею осложнений и инвалидизация определяют главную задачу – разработку наиболее эффективных методов ее лечения.

**Цель исследования:** определить влияние терапии на кардиогемодинамику и функцию почек у пациентов с ХСН в сочетании с артериальной гипертензией и ФП.

**Методы исследования.** Обследован 31 больной с ХСН I–III функционального класса (ФК) с сохраненной систолической функцией (ФВ>45 %) (14 мужчин, 17 женщин, средний возраст – 68,63 [45,00;85,00] лет). 23 больных (74,20 %) были с постоянной формой ФП, 8 (25,80 %) – с персистирующей. Всем проводилась эхокардиография, тест с 6-ти минутной ходьбой, определялся уровень креатинина в сыворотке крови и рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле. Всем больным был назначен ирбесартан. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца. Пациенты распределены на 2 группы в зависимости от уровня ШКФ: 1 группу (ШКФ 90–60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) составили 19 больных (61,29 %), 2 группу (ШКФ 60–30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) – 12 (38,71 %).

**Полученные результаты.** Лечение больных способствовало положительным изменениям со стороны ФК: в начале лечения средний ФК у больных был 2,29±0,80, по окончании наблюдения – 1,68±0,69. Выявлено достоверное увеличение (на 22,94 %, p<0,01) показателей теста с 6-ти минутной ходьбой. Целевой уровень артериального давления достигнут у 23 больных (74,2 %). Лечение способствовало тенденции к снижению показателей КДР, КДО и ЛП на 5,98 %, 4,66 % и 6,26 % соответственно. В зависимости от уровня ШКФ отмечено достоверное увеличение показателей теста с 6-ти минутной ходьбой в обеих груп-



пах (на 22,8 %,  $p < 0,05$  и 23,83 %,  $p < 0,01$  соответственно). Отмечено достоверное повышение ШКФ у больных второй группы (увеличение на 12 %,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Ирбесартан продемонстрировал положительные изменения со стороны функции почек у больных ХСН с сохраненной систолической функцией в сочетании с ФП. Данный факт, по нашему мнению, является особенно интересным для дальнейших исследований, учитывая увеличение распространения кардио-ренального синдрома в популяции.

---

### **ВМІСТ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХ МОЛЕКУЛЯРНИЙ СКЛАД У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПОЛУЧЕНУ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ**

Разумний Р.В.

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

У сучасних умовах негоспітальна пневмонія (НП) досить часто перебігає на фоні хронічної патології печінки невірусного ґенезу, зокрема стеатозу печінки (СП). При цьому, наявність супутньої патології та уражень інших органів і систем, окрім дихальної, у пацієнтів із НП розцінюється як модифікуючий чинник, що може посилювати порушення імунного гомеостазу. При патологічних зсувах імунного гомеостазу у хворих з'являється синдром імунотоксикозу різного ступеня вираженості, про який можна судити за рівнем циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), особливо найбільш патогенних (середньо- та дрібномолекулярної) їх фракцій. Якщо формування ЦІК великих розмірів відображає адаптаційні механізми процесів детоксикації, спрямовані на виведення чужорідних речовин, то підвищення рівня ЦІК дрібних розмірів свідчить переважно про активацію аутоімунних реакцій, які беруть участь в прогресуванні патологічного процесу. Отже, метою дослідження було проаналізувати вплив супутнього СП, на рівень ЦІК та їх молекулярний склад у хворих на НП.

Для реалізації мети дослідження було обстежено 68 хворих на НП у віці 25–56 років, чоловіків було – 42 (61,8 %), жінок – 26 (38,2 %). Середньої тяжкості перебіг НП був констатований у 58 (85,3 %) обстежених пацієнтів, тяжкий – у 10 (14,7 %). Всі пацієнти були розподілені на 2 репрезентативні групи: I група (33 осіб) з НП і II група (35 особи), у яких захворювання було сполучено зі СП. Додатково до загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, всім хворим, у перші та останні 1–2 дні перебування у стаціонарі, досліджували концентрацію ЦІК та їх молекулярний склад у сироватці крові (СК) методом преципітації в розчині поліетиленгліколя.

Встановлено, що концентрація ЦІК у СК I групи в гострому періоді НП була підвищена відносно норми в 1,69 раза (при нормі  $1,88 \pm 0,09$  г/л;  $P < 0,01$ ), в II групі – в 2,26 рази ( $P < 0,001$ ), що відбувалося переважно за рахунок накопичення найбільш токсигенних середньомолекулярних (11S 19S) та дрібномолекулярних (<11S)



фракцій імунних комплексів (ІК). Відносна кількість середньомолекулярних ІК в І групі у порівнянні з нормою збільшувалася, в 1,2 раза (при нормі 30,5%;  $P < 0,05$ ), в ІІ групі – в 1,27 раза ( $P < 0,05$ ), абсолютний вміст, відповідно – в 2,04 раза (при нормі  $0,57 \pm 0,04$  г/л;  $P < 0,01$ ), в ІІІ групі в – 2,88 раза ( $P < 0,001$ ). Крім того, у пацієнтів ІІІ групи абсолютний вміст середньомолекулярних ІК в 1,41 раза був вищий, ніж в І групі ( $P < 0,05$ ). Вміст дрібномолекулярних ІК в І групі збільшувався в середньому в 1,2 раза (при нормі 25,0 %;  $P < 0,05$ ), в ІІ групі – в 1,25 раза ( $P < 0,05$ ). Абсолютний вміст цієї фракції ІК підвищувався у хворих І групі в 2,02 раза (при нормі  $0,47 \pm 0,03$  г/л;  $P < 0,01$ ), у пацієнтів ІІІ групи – в 2,83 раза ( $P < 0,001$ ). При міжгруповому порівнянні у пацієнтів ІІІ групи рівень цієї фракції ІК в середньому в 1,4 раза ( $P < 0,05$ ) був вище, ніж у хворих І групі.

Після завершення загальноприйнятої терапії НПу пацієнтів ІІІ групи не відбувалося відновлення концентрації ЦІК та їхнього молекулярного складу і при виписці зі стаціонару вміст ЦІК в СК був вище норми в 1,52 раза ( $P < 0,01$ ), абсолютний вміст середньо- та дрібномолекулярних ІК перевищував норму, в середньому, в 1,8 раза ( $P < 0,01$ ).

Відсутність повної нормалізації концентрації ЦІК та їхнього молекулярного складу у хворих на НП, сполучену зі СП, зумовлює доцільність подальшого дослідження особливостей імунопатогенезу цієї коморбідної патології та розробки ефективних способів імунокорекції.

---

## ВМІСТ ЛІПІДІВ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЮ ГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Приступа Л.Н., Грек А.В., Зубко В.В.  
Медичний інститут, СумДУ, м. Суми

Гомоцистеїнемія (ГЕ) та дисліпідемія є чинниками ризику розвитку атеросклерозу та судинних захворювань.

**Мета:** дослідити вміст ліпідів крові залежно від рівня гомоцистеїнемії у хворих на гострий коронарний синдром (ГКС).

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 85 хворих на ГКС які проходили лікування в Комунальному закладі Сумської обласної ради «Сумський обласний кардіологічний диспансер». Діагностику та лікування ГКС проводили згідно Наказів № 436 (2006 р.), № 455 (2014 р.) та № 164 (2016 р.) МОЗ України. Хворі поділені на групи залежно від концентрації гомоцистеїну в плазмі крові із безпечною ГЕ  $< 10$  мкмоль/л, межевою ГЕ – 10–12 мкмоль/л та помірною ГГц –  $> 12$  мкмоль/л. Статистичний аналіз проводили із використанням програми SPSS – 17.

**Результати:** згідно проведеного аналізу виявлено, що концентрація загального ХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ, ТГ та індексу атерогенності в групі із безпечним рівнем ГЕ були 4,36 (2,9–6,9), 1,08 (0,76–1,2), 2,73 (1,8–5,28),

0,48 (0,18–0,9), 1,12 (0,39–3,2) ммоль/л та 3 (2,6–4,6), із межовим рівнем ГЕ – 4,67 (3,14–8,6), 1,1 (0,9–1,3), 2,67 (1,55–6,69), 0,66 (0,2–1,35), 1,42 (0,5–2,96) ммоль/л та 2,9 (1,6–5,6) відповідно і із помірною ГГц – 4,71 (2,9–8,23), 0,99 (0,7–1,4), 2,98 (1,4–6,49), 0,42 (0,2–1,6), 0,98 (0,4–4,2) ммоль/л та 3,4 (2,1–5,7) відповідно. При аналізі показників ліпідограми залежно від рівня ГЕ не встановлено вірогідної відмінності ( $P > 0,05$ ), визначеної за критерієм Краскала-Уолліса.

**Висновки.** Не встановлено асоціації атерогених чинників серед показників ліпідограми із рівнем гомоцистемії у хворих на ГКС.

---

### ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

**Цель исследования:** изучить возможности диагностических лапароскопических вмешательств при циррозе печени.

**Методы исследования.** После всестороннего обследования изучены возможности диагностических лапароскопических вмешательств (ДЛВ) при циррозе печени (ЦП) у 142 больных, находившихся на лечении в клинике хирургии и анестезиологии ФПО, расположенной на базе 1-го хирургического отделения КП «Городской клинической больницы № 2». Мужчин было 64 (45,1 %), женщин – 78 (54,9 %) в возрасте от 52 до 92 лет.

Всем пациентам проведены ДЛВ аппаратом фирмы KarlStorz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling. Использовали полипозиционный и прицельный осмотр, а также полый манипулятор собственной конструкции. Манипулятор вводили в точку Goetre, лапароскоп – в левой нижней точке Kalk, а у лиц с портальной гипертензией – в точку Olium. Оценивали размеры печени, форму и цвет, особенности рельефа, консистенции, утолщение капсулы Глиссона, наличие коллатералей и спленомегалии, состояние желчного пузыря, его эвакуаторную функцию, наличие перихолецистита.

Показанием к ДЛВ у 43 (30,3 %) больных было подозрение на острую хирургическую абдоминальную патологию, у 21 (14,8 %) – рак органов брюшной полости (ободочная кишка – 11, желудок – 7, поджелудочная железа – 3), мts в печень?, у 20 (14,1 %) – ЦП, асцит, у 16 (11,3 %) – механическая желтуха, у 15 (10,6 %) – асцит, у 12 (8,5 %) – ЦП?, у 10 (7,0 %) – рак печени? и у 5 (3,6 %) – рак неуточнённой локализации.

**Полученные результаты.** По данным ДЛВ у всех 142 пациентустановлен ЦП и оптимизирована лечебная тактика. Из них 27 (19 %) больных экстренно оперированы в связи с деструктивным аппендицитом, холециститом, перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, закрытой травмой живота с разрывом печени и селезенки. В плановом порядке оперирован 21 (14,8 %) пациент с раком абдоминальных органов.

У остальных 94 (66,2 %) больных выполнены манипуляции под контролем лапароскопа. Биопсия печени при подозрении на первичный рак печени осуществлена щипцами Витмана у 10 (10,6 %) пациентов. Канюляция пролонгированная блокада круглой связки печени (Патент Украины № 28854 А) с эвакуацией ферментативного выпота проведена у 5 (5,3 %) больных со стерильным панкреонекрозом. Удалён адит, в т. ч. для цитологического исследования. Чреспечёночная холецистохолангиография выполнена у 10 (10,6 %) пациентов. Всем инсуффлирован  $O_2$  в брюшную полость.

Интраоперационные осложнения развились у 2 (1,4 %) больных, проявились наружным кровотечением из варикозно расширенных вен передней брюшной стенки после удаления стилета из точки *Olium*. Кровотокающие сосуды лигированы. Умер 1 (0,7 %) пациент от исходной острой печёночно-почечной недостаточности.

#### **Выводы:**

1. На основании визуальной оценки состояние печени, желчного пузыря, селезёнки, коллатералей ДЛВ позволили определить цирроз печени. Пальпация и биопсия печени расширили возможности метода.
2. ДЛВ позволили не только своевременно установить диагноз цирроза печени, но и оптимизировать дальнейшую лечебную (экстренная либо плановая операция или лечебные лапароскопические вмешательства).
3. ДЛВ должны найти широкое применение в клинической практике.

---

### **ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА АГРЕГАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ ТРОМБОЦИТІВ ТА ФАКТОР ВІЛЛЕБРАНДА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

Хмель О.С., Родіонова В.В.

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

**Мета:** дослідити вплив антигіпертензивної терапії на агрегаційні властивості тромбоцитів та фактор Віллебранда у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з остеоартрозом.

**Матеріали та методи.** До основної групи увійшло 30 хворих (чоловіків – 24, жінок – 6) віком 40–65 років (середній вік – 52 [42–61] років), хворих на АГ II стадії, 2 ступеню, в поєднанні з ОА колінних суглобів II ст. за Kellgren-Lawrence, порушенням функції суглобів (ФНС) 1–2 ст. Тривалість захворювання на АГ складала  $12 \pm 1,47$  років, тривалість ОА –  $7,75 \pm 0,86$  років. В якості терапії АГ хворі отримували Амлодипін 5 мг та Лізиноприл 5 мг 1 раз на добу в пероральній формі. Лікування проводилося протягом 10 днів. Групу контролю склали 15 практично здорових осіб.

Для оцінки агрегаційної властивості тромбоцитів проводили оптичну агрегометрію та визначали ступінь, час та швидкість агрегації тромбоцитів. У якос-

ті індукторів агрегації тромбоцитів були використані АДФ, колаген та тромбін (2 мкМ). Для визначення рівню фактора Віллебранда використовували індуктор агрегації тромбоцитів рістоміцин (2 мкМ).

**Результати.** Під впливом лікування в хворих визначалося зниження ступеню агрегації тромбоцитів, індукованої АДФ (до лікування – 65,2 [57,9–74,2] %, після лікування – 51,45 [40,95–57,4] %;  $p=0,003$ ), зниження ступеню агрегації тромбоцитів, індукованої колагеном (до лікування – 65,6 [54,6–74,4] %, після лікування – 42,5 [26,3–45,9] %;  $p=0,002$ ), зниження ступеню агрегації тромбоцитів, індукованої тромбіном (до лікування – 70,9 [59,8–86,7] %, після лікування – 40,3 [23,3–57,8] %;  $p=0,006$ ), що свідчить на користь нормалізації агрегаційних властивостей тромбоцитів – показники групи контролю: ступінь агрегації тромбоцитів, індукованої АДФ – 44,2 [37,6–50,35] %, індукованої колагеном – 39,88 [27,13–45,81], індукованої тромбіном – 37,5 [31,55–41,55] %. Окрім того, під впливом антигіпертензивної терапії достовірно знижувався рівень фактор Віллебранда (до лікування – 182,5 [171,6–194,9]%, після лікування – 152,7 [138–169,5] % (нормальні показники 50–150 %)), що свідчить на користь покращення функції тромбоцитів та зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень внаслідок тромбоутворення в даній категорії хворих.

**Висновок.** В хворих на АГ в поєднанні з ОА виявлено достовірне зниження ступеню агрегації тромбоцитів, що індукована АДФ, колагеном та тромбіном при застосуванні антигіпертензивної терапії у складі Амлодипін 5 мг та Лізиноприл 5 мг 1 раз на добу в пероральній формі. Окрім того, достовірно знижувався до нормальних показників рівень фактору Віллебранда, що свідчить на користь покращення функції ендотелію, що може сприяти зниженню ризику тромбоутворення.

---

### **ВПЛИВ ДОНАТОРА ОКСИДУ АЗОТА L-АРГІНІНА НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

Князева О.В., Фесенко В.І.

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

Поліморбідність є однією з особливостей сучасної клініки внутрішніх хвороб. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) входять до числа найбільш розповсюджених неінфекційних хвороб дорослого населення, посідають перші місця в структурі смертності населення в Україні та світі. В основі патогенезу ІХС та ХОЗЛ лежать спільні фактори, серед яких – паління, системне запалення, ендотеліальна дисфункція, ключовою ланкою якої є дефіцит оксиду азоту (NO).

**Метою дослідження** було вивчити вплив донатора NO L-аргініну на ефективність комплексної терапії стабільної ІХС в поєднанні з ХОЗЛ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 62 пацієнта зі стабільною стенокардією II (54,8 %) та III (45,2 %) функціональних класів (ФК) та ХОЗЛ з порушенням бронхіальної прохідності I–II ступеня за GOLD, клінічних груп А (24,1 %) та В (75,9 %). З них 41 чоловік (66,1 %) та 21 жінка (33,9 %). Середній вік склав  $59,2 \pm 9,6$ . 35 хворих (56,7 %) мали артеріальну гіпертензію. У 17 хворих (27,4 %) в анамнезі інфаркт мокарда.

Діагностику ІХС проводили згідно наказу МОЗ України №152 від 02.03.2016, діагностику ХОЗЛ – відповідно до наказу МОЗ України №555 від 27.06.2013. Всім хворим проводилось клінічне обстеження, ЕКГ, ехокардіографія, добовий моніторинг ЕКГ, спірометрія, пульсоксиметрія.

Всі хворі отримували базисну терапію ІХС, яка включала бісопролол або амлодипін, ацетилсаліцилову кислоту, статин, за додатковими показами – вальсартан (35 хворих, 56,7 %, які мали артеріальну гіпертензію), спіронолактон. Хворі були рандомізовані на 2 групи. В другій групі до базисної терапії ІХС в комплекс лікування було додано L-аргінін у вигляді інфузійного розчину 4,2 % по 100 мл на інфузію протягом 10 днів, з послідуємим пероральним прийомом препарату по 5 мл тричі на добу 14 днів. Після лікування хворим проводили повторне обстеження.

**Результати.** В обох групах в результаті проведеного лікування відбулось покращення клінічного перебігу стенокардії. Однак у хворих, які отримували додатково L-аргінін, клас стенокардії зменшився з III до II в 32,6 %, проти 26,7% в першій групі.

За даним добового моніторингу ЕКГ до початку лікування у хворих були виявлені надшлуночкові порушення серцевого ритму у 48,3 % хворих, шлуночкові екстрасистолія – у 58,1 %, епізоди безбольової ішемії міокарду у 53,2 %. Після проведеного лікування кількість надшлуночкових порушень серцевого ритму зменшилась в першій групі на 65,4 %, а у пацієнтів, які додатково отримували L-аргінін – на 79,2 %. Кількість шлуночкових екстрасистолій зменшилась в першій групі на 50,3 %, та на 72,6 % в групі L-аргініну. Епізоди безбольової ішемії міокарду зменшились в першій групі на 72,1 %, а у пацієнтів, які отримували L-аргінін – на 85,7 %.

**Висновки.** У пацієнтів зі стабільною ІХС в поєднанні з ХОЗЛ включення донатора NO L-аргініну в комплексну терапію покращує клінічний перебіг стенокардії, зменшує кількість епізодів безбольової ішемії міокарду та порушень серцевого ритму.

## ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ПОКАЗНИКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧОРУДНОГО ВИРОБНИЦТВА ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Фесенко В.І.

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

**Мета роботи** – вивчення впливу комплексної терапії з використанням гіполіпідемічного засобу аторвастатину та бетаадреноблокатору небіволулу на клінічний перебіг та показники ендотеліальної функції у гірників хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

**Матеріал та методи дослідження:** обстежено 48 хворих гірників, у віці від 30 до 54 років ( $40,2 \pm 0,6$ ), всі чоловіки. У дослідження включали робітників які працювали в умовах гірничорудного виробництва від 8 до 20 років. У всіх хворих мала місце ІХС, дифузний кардіосклероз, стенокардія напруги І–ІІ ф. кл. у поєднанні з АГ ІІ стадії. Всім хворим проводили загальноклінічне обстеження згідно загальноприйнятих стандартних критеріїв, реєстрували ЕКГ в 12 відведеннях. Вивчення функції ендотелію проводили на апараті «НДІ-1500» за стандартною методикою з використанням проби з реактивною гіперемією-ендотелійзалежна вазодилатація (ЕЗВД). Потокзалежну дилатацію розраховували як відсоток приросту діаметра плечової артерії у фазу реактивної гіперемії порівняно з початковими значеннями. Ендотелійнезалежну вазодилатацію (ЕНЗВД) визначали після прийому нітрогліцерину. Розраховували співвідношення між реакцією на реактивну гіперемію та нітрогліцерин.

Всі хворі отримували базисну терапію з включенням аторвастатину (20 мг/добу) та бетаадреноблокатору небіволулу (10 мг/добу). Обстеження проводили до та після 6 місяців лікування. Всі хворі надали інформовану згоду на включення в дослідження. Статистичну обробку проводили за допомогою пакету статистичних програм Statistica 6.0.

**Отримані результати.** Аналіз самопочуття та загального клінічного стану хворих показав що, на фоні рекомендованої комплексної терапії спостерігалось значне покращення самопочуття хворих. Пацієнти звертали увагу на підвищення працездатності та зменшення потреби в прийомі нітрогліцерину (84 % та 86 % хворих відповідно). У пацієнтів відмічалось також зменшення кількості нападів стенокардії, що дозволило перевести 20 (41,7 %) хворих з ІІ в І Ф. К. стенокардії. При проведенні проби з ЕЗВД після лікування встановлено збільшення відносного розширення плечової артерії порівняно з висхідним в середньому на 38 %. Однак у хворих на ІХС та стенокардію І Ф. К., порівняно з хворими на ІХС та стенокардію ІІ Ф. К. спостерігалось достовірне ( $p < 0,05$ ), збільшення цього показника (на 46 %). Наприкінці періоду спостереження спостерігалось збільшення, порівняно з висхідним, співвідношення між реакцією на реактивну гіперемію та нітрогліцерин з  $0,38 \pm 0,02$  до  $0,56 \pm 0,03$  ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Під впливом комплексної терапії з використанням аторвастатину (20 мг/добу) та небівололу (10 мг) у гірників хворих на ІХС у поєднанні з АГ II стадії сповільнюється прогресування клінічних та субклінічних проявів і перехід до клінічно маніфестних форм захворювання. Використання аторвастатину та небівололу в комплексній терапії гірників хворих на ІХС приводить до достовірного покращення ендотеліальної функції судин.

---

### **ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ЗА ОСТЕОАРТРОЗУ З СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Микитюк О.П.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Артеріальна гіпертензія (АГ) – серед найчастіших супутніх хвороб у хворих на остеоартроз (ОА), оскільки у зазначених нозологіях є ряд спільних чинників патогенезу, і тривале застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), як основи лікування ОА, може негативно впливати на перебіг АГ. Тому пошук засобів із позитивним терапевтичним впливом на обидві патології є актуальним.

**Матеріали і методи:** обстежено 44 пацієнтів (жінки : чоловіки = 4:1, середній вік хворих – 54,6 р.) із первинним ОА (тривалістю 3–20 років, встановлений згідно критеріїв Американської ревматологічної Асоціації) та коригованою (за рахунок прийому  $\beta$ -адреноблокаторів, і/або інгібіторів АПФ) супутньою неускладненою АГ II стадії. На початку та в кінці курсу лікування проведено добове моніторування артеріального тиску (АТ). Виміри здійснювали через кожні 15 хвилин у денний проміжок часу (з 6:00 до 23:00) та через кожні 30 хвилин вночі (з 23:00 до 6:00). Дослідження вважали успішним за отримання не менше 70 % задовільних вимірювань. У процесі лікування хворих розподілено на 2 групи: порівняння (отримували для лікування ОА НПЗП переважно групи диклофенаку або кетолораку) та основну, в якій додатково призначали мелатонін (фірма Healthlife) із розрахунку 3 мг/70 кг маси тіла на ніч.

**Отримані результати.** Однократні виміри у пацієнтів обох підгруп не виявляли перевищення норми АТ (139/89 мм рт. ст.) в кінці лікування. Проте, у групі порівняння достовірно зменшився добовий індекс АТ (на 29,0 % та 24,9 % для систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ), виходячи за межі норми, що трансформувало добові профілі АТ в «non-deep» тип. Фіксували вищу швидкість ранкового підйому АТ (приріст в групі порівняння 40,2 та 45,9 % для САТ і ДАТ); проте денне навантаження підвищеним АТ збільшувалося лише для діастолічного тиску.

На противагу, профіль САТ і ДАТ хворих основної групи не виявив жодних змін порівняно із вихідним рівнем – середньодобові значення, швидкість ранко-

вого підйому АТ зберігалися в межах загальнодопустимих значень, добовий індекс АТ перевищував 15 %, що свідчило про звичайну вираженість фізіологічного спаду АТ в нічні години і характеризувало профілі пацієнтів як «деер».

**Висновок.** Мелатонін при включенні його до терапевтичного комплексу за ОА із супутньою АГ здатен запобігати або протидіяти побічним впливам НПЗП на серцево-судинну систему, що в сумі визначає хороший клінічний ефект від його застосування.

---

### ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ФАГОЦИТОЗУ ПРЕПАРАТУ L-АРГІНІНУ У ХВОРИХ З ХОЗЛ

Коваленко О.М., Родіонова В.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академії МОЗ України», м. Дніпро

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризуються підвищеною запальною відповіддю дихальних шляхів та паренхіми легень на дію шкідливих часток, газів та мікроорганізмів. Хронічний перебіг запалення при ХОЗЛ підтримується перевагою прозапальних цитокінів, таких як ІЛ-1,6, 8,  $\alpha$ -ТНФ. Ряд цитокінів стимулюють міграцію фагоцитів, в першу чергу нейтрофілів, до вогнища запалення, виступаючи як хемоантрактанти. Але, при персистуючому тривалому запаленні клітинний ефект фагоцитуючих клітин зменшується за рахунок пригнічення пероксидазної активності, що веде до підвищення частоти та важкості загострень ХОЗЛ.

**Мета дослідження:** дослідити вплив препарату L-аргініну (тівортін) на фагоцитарну активність нейтрофілів у хворих на ХОЗЛ.

**Методи дослідження:** загальний аналіз крові, спірографія з визначенням постбронходилатаційних значень ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, АТ, імунологічне дослідження активності фагоцитів крові з визначенням фагоцитарного індексу – ФІ (кількість нейтрофілів, що приймають участь у фагоцитозі, фагоцитарного числа – ФЧ (середня кількість поглинутих 1 нейтрофілом мікробних часток) та спонтанного тесту з нітросинітетразолієм (сп. НСТ-тест), що відображає ступінь активності процесу фагоцитозу за рахунок присутності активних форм кисню, статистична обробка даних з визначенням середніх показників, медіани, критеріїв Манна-Уїтні та Краскела-Уолліса при достовірності на рівні  $p < 0,05$ .

Клінічна характеристика: обстежено 30 хворих (хв.) на ХОЗЛ, з яких 22 мали II ступінь бронхообструкції, 8 – III ст. (за критеріями GOLD 2015). На протязі року у всіх хворих відмічались 1–2 загострення процесу з виділенням гнійної та гнійно-слизової мокротиння. На період дослідження перебіг захворювання був стабільним щонайменше на протязі 1 місяця. До основної групи (ОГ) були включені 20 хв. віком від 44 до 68 ( $54,8 \pm 5,94$ ) років, сполучена гіпертонічна хвороба (ГХ) 1–2 ст. була зафіксована у 17 хв. цієї групи. До контрольної групи (КГ) включені 10 хв. – від 46 до 66 ( $56,3 \pm 7,42$ ) років, сполучена ГХ 1–2 ст. – у 8 хв. Всі пацієнти отримували стандартну терапію ХОЗЛ, ГХ при її наявності. Пацієнти ОГ додат-



ково отримували препарат L-аргінін (тівортін) у дозі 4,2 г/добу, (100 мл в/венно) на протязі 10 днів. Імунологічні тести з дослідженням активності фагоцитів крові проводилися перед початком та після 10-ти денної терапії.

**Результати.** На початок дослідження в ОГ показник ФЧ склав 3,8 ( $\pm 1,6$ ), ФІ – 65,3 % [61,1–73,2], сп. НСТ-тесту 14,1 % [10,8–16,9]; на тлі застосування аргініну в комплексній терапії: ФЧ – 4,0 ( $\pm 1,8$ ), ФІ – 66,8 % [61,2–74,8] ( $p > 0,05$ ), НСТ-тест – 18,3 % [13,7–20,3] ( $p < 0,05$ ). В КГ початок дослідження: ФЧ – 3,4 ( $\pm 1,8$ ), ФІ – 67,1 % [62,0–75,5], сп. НСТ-тест 15,4 % [11,4–17,6], на при кінці: ФЧ – 3,7 ( $\pm 1,6$ ), ФІ – 66,2 % [62,6–73,2], сп. НСТ-тест – 16,1 % [11,2–18,1] ( $p > 0,05$ ). В обох групах на початок досліджування ФЧ, ФІ, сп. НСТ-тесту суттєво не відрізнялися. В динаміці показник сп. НСТ-тесту достовірно підвищився у пацієнтів ОГ, достовірних змін інших досліджуваних показників не визначено.

**Висновок.** Застосування препарату L-аргініну на тлі стандартної терапії у хворих на ХОЗЛ підвищує метаболічну активність фагоцитуючих клітин за рахунок додаткової активації NO-залежних механізмів і таким чином може сприяти більш ефективній елімінації патогенних мікроорганізмів та імунних комплексів.

---

## ВПЛИВ НЕФРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВМІСТ ВІСФАТИНУ В ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

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

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

**Вступ.** Рання діагностика та лікування ураження нирок мають принципове значення для покращення прогнозу у хворих на діабетичну нефропатію (ДН). У зв'язку з цим продовжується пошук нових діагностичних та прогностичних маркерів, що відображали б найбільш ранні стадії даного ускладнення цукрового діабету. В останні роки активно досліджують медіатори запалення, до яких відносять, зокрема, вісфатин. Крім того, проводиться постійний пошук препаратів, які здатні впливати безпосередньо на розвиток ниркових уражень при діабеті. У цьому зв'язку на особливу увагу заслуговують роботи з вивчення фармакологічних ефектів препарату сулодексид.

У зв'язку з вищесказаним метою даної роботи було вивчення впливу нефропротекторної терапії на рівень вісфатину в плазмі крові у хворих на ДН.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 76 хворих на цукровий діабет 2-го типу з різними стадіями ДН. Серед обстежених було 36 чоловіків і 40 жінок, середній вік пацієнтів – (54,3 $\pm$ 9,2) роки.

Хворі були розподілені на групи залежно від схем лікування. Перша група – 44 пацієнти, що одержували базову терапію антидіабетичними засобами, ефективність яких забезпечувала досягнення і підтримку задовільної компенсації цукрового діабету, і блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) –

інгібітор АПФ або антагоніст рецепторів до ангіотензину II. Другу групу склали 32 хворих, яким додатково до базового лікування призначали сулодексид у добовій дозі 600 ЛО внутрішньом'язово з подальшим пероральним прийомом препарату 600 ЛО на добу. Строк лікування – 3 місяці. Контрольна група складалася з 10 практично здорових донорів. Концентрацію вісфатину визначали методом імуноферментного аналізу з використанням тест-системи виробництва «RayBiotech, Inc.» (США). В якості індикаторного ферменту застосовували пероксидазу хрому.

**Результати.** Виконані дослідження показали, що у хворих на ДН має місце суттєве підвищення рівня вісфатину в плазмі крові вже на початкових стадіях хвороби. Так у пацієнтів з доклінічними стадіями ДН рівень даного агента в крові становив  $(32,4 \pm 3,8)$  нг/мл, контроль –  $(22,5 \pm 1,9)$  нг/мл. Подальший розвиток захворювання супроводжувався більш значним зростанням показника у хворих з вираженими клінічними проявами ураження нирок – протеїнурією та нирковою недостатністю. Зокрема, в групі обстежених з протеїнурією та підвищенням сироваткового креатиніну концентрація вісфатину в плазмі крові становила  $(44,9 \pm 5,2)$  нг/мл.

Застосування базової терапії з використанням цукрознижуючих препаратів та блокаторів РААС привело до невеликого, але достовірного зниження рівня вісфатину у плазмі крові хворих на 20,1 % у порівнянні з вихідними значеннями.

Додаткове призначення сулодексиду сприяло більш вираженому зменшенню концентрації досліджуваного агенту. Нами було встановлено суттєве зменшення рівня вісфатину на 37,2 %.

**Висновки.** При ДН має місце суттєве підвищення рівня вісфатину в плазмі крові хворих, що може обумовлювати розвиток запальних процесів в нирках. Застосування комплексного лікування хворих на ДН з використанням блокаторів РААС та сулодексиду в значній мірі сприяє зменшення концентрації даного маркера запалення в плазмі крові. Ймовірно, саме зниження вісфатину може бути одним з механізмів нефропротекторної дії комплексної терапії.

---

## ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СТРУКТУРНУ ПЕРЕБУДОВУ ЗАГАЛЬНИХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Зубко І.М., Марочкіна В.В., Маландій О.С., Яковенко Н.О.

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

**Мета:** Вивчити вплив надлишкової ваги та ожиріння на поширену перебудову стінки загальних сонних артерій (ЗСА) у жінок, хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) I та II стадії в порівнянні з практично здоровими жінками.

**Методи дослідження:** Дослідження базується на обстеженні 98 жінок с АГ I та II стадії, 1–2 ступеню, середній вік яких склав  $48,6 \pm 7,4$  роки, тривалістю захво-

рування від 2 до 16 років ( $6,0 \pm 3,2$  роки). Контрольну групу склали 42 практично здорові жінки. За допомогою ультразвукового сканера (GE Logiq P5 Pro) лінійним датчиком (8–10 МГц) вимірювали пошарово інтиму, медію та діаметр ЗСА з обох боків. У всіх жінок розраховувався індекс маси тіла (ІМТ). ІМТ  $18,5\text{--}24,9$  кг/м<sup>2</sup> вважався за нормальний,  $25\text{--}29,9$  кг/м<sup>2</sup> – за надлишкову масу тіла та ІМТ вище  $30,0$  кг/м<sup>2</sup> – за ожиріння. Для з'ясування характеру та сили зв'язку між досліджуваними показниками проводили кореляційний та дисперсійний аналіз з розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена ( $r$ ) та показника сили впливу ( $K^2$ ).

**Отримані результати.** У пацієток з АГ комплекс інтима-медія (КІМ) склав  $0,068 \pm 0,009$  см, шар інтими  $0,024 \pm 0,005$  см, шар медії  $0,042 \pm 0,008$  см та діаметр ЗСА  $0,58 \pm 0,067$  см. Більшість пацієток, включених у дослідження (75,0 %), мали надлишок маси тіла та ожиріння, в тому числі 84 (85,7 %) жінок з АГ та 21 (50,0 %) – в контрольній групі. Середні значення ІМТ склали  $29,2 \pm 4,8$  кг/м<sup>2</sup> і  $26,0 \pm 4,4$  кг/м<sup>2</sup>, відповідно по групах ( $p = 0,001$ ). Коефіцієнти кореляції ІМТ з показниками розмірів судинної стінки ЗСА у пацієток з АГ склали: з КІМ – ( $r = +0,27$ ;  $p < 0,01$ ), з шаром медії – ( $r = +0,22$ ;  $p < 0,05$ ), з діаметром судин – ( $r = +0,37$ ;  $p < 0,001$ ). У здорових жінок достовірна кореляція ІМТ виявлена лише з діаметром ЗСА – ( $r = +0,45$ ;  $p < 0,001$ ). Порівняння показників структури ЗСА у жінок обох груп з урахуванням ІМТ показало, що у жінок, хворих на АГ, які мали нормальний ІМТ ( $18,5\text{--}24,9$  кг/м<sup>2</sup>), КІМ була достовірно товще ( $p < 0,01$ ), саме за рахунок шару медії, ніж у жінок контрольної групи з нормальною масою тіла. Такі ж відмінності відзначались у пацієток, які мали підвищений ІМТ ( $25$  кг/м<sup>2</sup> і вище): на тлі артеріальної гіпертонії КІМ і медія були значно товще ( $p < 0,001$ ), ніж у здорових жінок. Останній висновок підтверджують і дані двофакторного дисперсійного аналізу, за яким зміни товщини КІМ і шару медії на  $26\text{--}29$  % ( $K^2 = 0,26$  і  $K^2 = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ) обумовлені наявністю АГ і лише на  $1,3\text{--}3,5$  % ( $K^2 = 0,035$ ;  $p < 0,01$  і  $K^2 = 0,013$ ;  $< 0,01$ ) – підвищеним ІМТ. Збільшення діаметру судинної стінки, навпаки, здебільшого було пов'язане з наявністю надмірної ваги та ожиріння ( $K^2 = 0,052$ ;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, у жінок, хворих на АГ, що мають надмірну вагу та ожиріння, структурна перебудова стінки ЗСА проявляється потовщенням КІМ, головним чином за рахунок шару медії в порівнянні здоровими жінками, але наявність самої АГ істотноше впливає на процес ремоделювання КІМ сонних артерій, ніж надмірна вага.

---

## ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СТРУКТУРУ ХВОРИХ ІЗ ОСТЕОАРТРОЗОМ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ НА ЕТАПІ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Курята О.В., Черкасова Г.В., Губарик О.В.

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

На сьогоднішній день остеоартроз (ОА), як найбільш часте захворювання суглобів серед населення старше 40 років, набуло глобального поширення і займає

одне з провідних місць у загальній структурі патології суглобів. До найбільш частих коморбідних станів при ОА відносять ожиріння, поширеність якого у світі, за даними епідеміологічних досліджень, набула масштабів пандемії третього тисячоліття. При цьому, не виникає сумніву, що наявність ожиріння у хворих на ОА є не лише фактором ризику розвитку але й фактором прогресування ОА. Згідно літературним даним, середній вік хворих із ОА у поєднанні з ожирінням на етапі виконання ендопротезування кульшового суглобу у середньому на 2 роки менше, у порівнянні із хворими без ожиріння. При цьому, середній вік хворих із індексом маси тіла (ІМТ) <30 кг/м<sup>2</sup> на даному етапі захворювання становить 69,1 роки, при ІМТ ≥30 кг/м<sup>2</sup> та <40 кг/м<sup>2</sup> – 65,5 роки, та при ІМТ ≥40 – 60,6 роки.

**Мета.** Оцінити вплив ожиріння на структуру хворих з остеоартрозом кульшового суглобу на етапі ендопротезування в залежності від віку та гендерної приналежності хворих.

**Матеріали та методи.** Було проведено ретроспективний аналіз 95 історій хвороб хворих із ОА кульшового суглобу, переважно із III стадією ОА (89,5 %) у період з 2014–2016рр, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні ендопротезування великих суглобів Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова. Серед хворих із коксартрозом було 40 (42,1 %) чоловіків та 55 жінок (57,9 %) віком від 50 до 86 років (середній вік 63,2±6,95 років) із середньою тривалістю захворювання 6,1±4,39 років, 56 з яких (58,9 %) мали ожиріння різного ступеня. Згідно з індексом маси тіла більшість хворих мали 1 ступінь ожиріння – 33 пацієнта (34,7 %), надмірну вагу тіла мали 28 хворих (29,5 %), ожиріння 2 та 3 ступеню було встановлено у 15 (15,8 %) та 8 (8,4 %) пацієнтів із коксартрозом відповідно. Нормальна вага тіла зустрічалася у 11 пацієнтів (11,6 %) із коксартрозом.

**Результати.** У ході дослідження було продемонстровано достовірне (p<0,01) превалювання жінок у структурі хворих із ендопротезуванням кульшового суглобу над чоловіками у віковій групі старше 60 років (60,3 % та 39,7 % відповідно), при рівному розподілі чоловіків та жінок у віковій групі пацієнтів у віці від 50–59 років. Середній вік хворих із коксартрозом у поєднанні з ожирінням на етапі ендопротезування був на 1,4 роки менше, ніж серед хворих із ОА кульшового суглобу, які не мали ожиріння (62,7±0,95 та 64,1±1,08 роки відповідно). При цьому, середній вік жінок з ожирінням та ендопротезуванням кульшового суглобу був на 1,8 роки більшим, ніж чоловіків (63,3±1,34 та 61,5±1,16 роки відповідно) та на 1,9 роки менше у порівнянні із жінками без ожиріння (63,3±1,34 та 65,2±1,66 роки відповідно). Серед чоловіків із ендопротезуванням кульшового суглобу простежувалася аналогічна тенденція, середній вік яких в умовах поєднання з ожирінням був на 1,5 роки меншим, ніж при його відсутності (61,5±1,16 та 63,0±1,41 роки відповідно). Найменший вік виконання ендопротезування кульшового суглобу серед жінок із ожирінням спостерігався при 2 ступені ожиріння (60,1 рік), у той час як серед чоловіків із ожирінням – при 3 ступені ожиріння (57,6 років).

**Висновки.** Було продемонстровано широку зустрічаємість ожиріння серед хворих із коксартрозом на етапі ендопротезування, із превалюванням жінок у

гендерній структурі хворих із ендопротезуванням кульшового суглобу у віці старше 60 років. Наявність ожиріння у хворих на ОА кульшового суглобу асоціювалася з більш ранніми термінами проведення ендопротезування суглобів, особливо серед пацієнтів чоловічої статі.

## **ГІПЕРУРИКЕМІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ**

Молодан Д.В., Ащеулова Т.В., Молодан В.І.

Харківський національний медичний університет, г. Харків

**Актуальність.** Гіперурикемія частий супутник артеріальної гіпертензії та ожиріння. В цілому ряді добре спланованих досліджень було показано, що розвиток гіперурикемії може свідчити про несприятливого перебіг хвороби та прогноз.

**Мета дослідження** – визначити ступінь порушень стану ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу поєднанні з ожиріння.

**Матеріали і методи.** У роботі обстежено 49 (22 (44,89 %) чоловіків, 27 (55,11 %) жінок) хворих на гіпертонічну хворобу I і II стадії, 1–3 ступеня підвищення артеріального тиску, з супутнім ожирінням I–II ступеня. Середній вік досліджуваних становив (58,17±1,69) років. Групу контролю склали 12 практично здорових нормотензивних пацієнтів, порівняних за статтю та віком з хворими основної групи. Стан ендотелію оцінювався за ендотелій залежною вазодилатацією судин (ЕЗВД), рівнем асиметричного диметиларгініну (АДМА), проявами мікроальбумінурії (МАУ) та рівнем метаболітів оксиду азоту (МОА). Дослідження ЕЗВД проводилося ультразвуковим методом, АДМА і МАУ методом імуноферментного аналізу, МОА фотометричним методом. Статистично достовірними вважалися відмінності при  $p < 0,05$ .

**Результати.** У хворих на гіпертонічну хворобу, асоційовану з ожирінням у порівнянні із контрольною групою було виявлено порушення функціонального стану ендотелію, що проявлялось зменшенням ЕЗВД, зростанням АДМА, МАУ і МОА. Виявлені зміни можуть свідчити про зменшення синтезу оксиду азоту ендотеліальною синтазою, одночасно з цим зростає рівень її блокатора – АДМА. Збільшення МОА на тлі погіршення ЕЗВД і зростання МАУ може свідчити про підвищення активності індукцибельної синтази, що зумовлює зростання  $\text{NO}_2$  і  $\text{NO}_3$ . У дослідженні було виявлено, що найбільше погіршення стану ендотелію спостерігається серед хворих які мали гіперурикемію (сечова кислота у чоловіків  $>420$  мкмоль/л, у жінок  $>360$  мкмоль/л). У хворих з гіперурикемією ЕЗВД була вірогідно меншою в 2,8 рази, рівень АДМА був вищий у 2,5 рази, МАУ у 1,9 рази, МОА у 1,2 рази у порівнянні із хворими на гіпертонічну хворобу із ожирінням ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням відбувається порушення стану ендотелію, що супроводжується зменшенням ЕЗВД, зростанням АДМА, МАУ та МОА. При цьому вираженість змін була найбільшою серед хво-

рих із бессимптомною гіперурикемією, що може свідчити про більш тяжке ураження судин.

## ДЕЯКІ ФАКТОРИ РИЗИКУ (ФР) НАДМІРНОЇ ВАГИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Дольник М.Ю., Тищенко І.В., Бондарева О.О.  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

**Мета дослідження:** проаналізувати поширеність деяких ФР розвитку надмірної ваги тіла та ожиріння (НВО) у хворих терапевтичного стаціонару.

**Матеріали та методи:** було обстежено 50 осіб з надмірною вагою тіла (НВ) та ожирінням різного ступеню, які були госпіталізовані до терапевтичного стаціонару у вересні-грудні 2016 р. з приводу патології внутрішніх органів (пневмонія, ХОЗЛ, хронічний холецистит, цукровий діабет (ЦД), гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС). Хворим було запропоновано заповнити за їх згодою оригінальну анкету з питаннями щодо віку, статі, антропометричних даних, часу виникнення НВО, наявності супутніх захворювань та ФР НВО. Оцінка індексу маси тіла (ІМТ) проводилась згідно із загально прийнятими рекомендаціями (ВООЗ, 1997), розподілу підшкірної клітковини (ПК) - за співвідношенням обвід талії/обвід стегон (ОТ/ОС) (ВООЗ, 1995). Середній вік хворих  $55,88 \pm 11,49$  років (25;76); чоловіків – 25, жінок – 25.

**Результати:** за рівнем ІМТ НВ мали 16% обстежених, ожиріння 1 ступеню (ст.) – 54 %, 2 ст. – 26 %, 3 ст. – 4 % хворих. У всіх обстежених чоловіків співвідношення ОТ/ОБ було більше 1,0, у жінок більше 0,85. У віці до 25 років НВО розвинулись у 36% пацієнтів, у віці 26–45 років – у 42 %, у віці 46–60 років – у 18 %, старше 60 років у 4 %. Середня тривалість цієї патології –  $20,58 \pm 6,43$  року (3;44): 3–10 років у 26 % обстежених, 11–20 років у 34 %, 21–30 років у 18 %, більше 30 років у 22 % обстежених. Близько третини хворих (28 %) пов'язують виникнення НВО з певним станом, в т.ч. припинення паління (42,9 %), пологи (35,7 %), клімакс (7,2 %), малорухливий спосіб життя (7,1 %), зменшення фізичної та соціальної активності в зв'язку з виходом на пенсію (7,1 %). Решта хворих (72 %) з причиною НВО не визначилась. У 40 % пацієнтів в сімейному анамнезі спостерігалось ожиріння.

З точки зору обстежених зловживання калорійною їжею або порушення харчової поведінки не вважались ними вагомими чинниками розвитку НВО. Аналіз анкет показав, що 26 % хворих вживають їжу рідко великими порціями (1–2 рази на добу), або часто (7–8 разів) – 8 %. Основу раціону майже у половини пацієнтів складають легкозасвоювані вуглеводи (картопля, макаронні вироби), жирні та смажені страви – 44,4 %, а також має місце надмірне вживання солодоців – 38,8 % та алкогольних напоїв – 36,1 %. При цьому обстежені рідко або взагалі не вживають страви, багаті на білок (м'ясо, риба, молочні продукти) – 27,8 %, свіжі овочі та фрукти – 16,7 %.

Анкетування виявило обізнаність пацієнтів з можливими наслідками ожиріння та основними методами його лікування. Водночас переважна частина обстежених (76 %) не переймалися проблемою зайвої ваги. Решта робила спроби корекції НВО: дієта – 92 %, психологічне кодування – 8 %. За словами пацієнтів ефект виявився нестійким. Щоденна фізична активність у більшості виявилась незначною: переважно пасивний відпочинок (телебачення, комп'ютер) (83,3 %) та легка домашня робота (66,7 %). Активну прогулянку час від часу відмічали 46 % обстежених, значну домашню роботу – 32 %. Спроб подальшого збільшення рухової активності не було. Порушення режиму сну мали 42 % пацієнтів. На ГХ страждали 58 % обстежених, на ІХС – 10 %, ЦД – 22 %.

**Висновки:** у всіх обстежених терапевтичних хворих спостерігався абдомінальний тип розподілу ПК. Велика частина хворих мала обтяжений анамнез з ожиріння. Серед чинників виникнення НВО головне місце посідали нераціональне харчування, мала рухова активність, зміни стереотипу життя. НВО часто асоціювались з важливими неепідемічними захворюваннями, як ГХ, ІХС, ЦД. Наявність ФР ожиріння потребує активних дій з боку лікарів та пацієнтів.

---

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УКРАИНЕ

Скирда И.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

**Цель:** проанализировать хирургическую активность и послеоперационную летальность вследствие оперативных вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ) среди населения Украины.

**Материал и методы.** В работе применены структурно-логический анализ и клинко-статистический метод. Изучение показателей проводилось на основании анализа материалов официальной статистики Центра медицинской статистики МОЗ Украины в динамике 2006–2015 гг. Для выявления характера изменений по определению общей тенденции использовался темп прироста/снижения. Для его вычисления за исходную величину были приняты показатели за каждый из предыдущих лет, а другие рассчитывались в процентном отношении к ней.

**Результаты.** В последние десятилетие в Украине операции на ПЖ составляют 1,3 % в структуре операций на органах пищеварения и брюшной полости. При этом доля оперативных вмешательств при хроническом панкреатите (ХП) составила 18,3 % от всех операций на ПЖ. При изучении динамики показателей оперативных вмешательств у пациентов с болезнями ПЖ было установлено, что их абсолютное количество за последние 10 лет снизилось с 4606 операций в 2006 г. до 3572 – в 2015 г., темп снижения составил 22,4%. Одновременно на 0,6 % увеличилось количество операций при ХП, которых в 2015 г. было выполнено



653. Обращает внимание тот факт, что в промежутке между 2006 и 2014 гг. количество хирургических вмешательств при ХП составляло более 800 случаев в год. Летальность при операциях на ПЖ остаётся высокой и в 5 раз превышает аналогичный показатель при операциях на органах пищеварения. В период 2006–2015 гг. летальность при операциях на ПЖ имела тенденцию к снижению, за исключением операций при ХП, вследствие которых она возросла в 1,2 раза и составила в 2015 г. 6,28 %. Количество случаев стационарного лечения острого панкреатита (ОП) уменьшилось на 13% и составило в 2015 г. 30 тыс. случаев. В период с 2009 до 2013 гг. их число было больше на 3–5 тыс. Важной проблемой остаётся госпитализация позднее 24 часов. Удельный вес таких случаев в общем количестве доставленных в стационар больных при ОП составил 37,6 %. Установлено, что в Украине общее количество операций при ОП за 7 лет уменьшилось на 37,6 % и составило в 2015 г. 2465 случаев против 3949 в 2009 г. Показатель на 10 тыс. населения снизился на 32,6 %. В общей структуре всех urgentных вмешательств, операции при ОП составили в 2015 г. 12 %. За последние 7 лет удельный вес неотложных операций от их общего количества уменьшился на 29,4 %, что свидетельствует об улучшении ситуации по лечению ХП. Послеоперационная летальность за 7 последних лет последовательно снижалась на 14% до 2013 г., когда она составила 10,84 %. Однако в 2015 г. произошел рост этого показателя до 13,1, то есть за 2 года (2014–2015) послеоперационная летальность повысилась на 21,3 %. Послеоперационная летальность при поздней госпитализации не имеет тенденции к снижению и за 6 лет выросла на 12,9 %.

**Выводы.** При изучении динамики показателей оперативных вмешательств у пациентов с болезнями ПЖ было установлено, что их абсолютное количество за последние 10 лет снизилось при одновременном на увеличении количества операций при ХП. Летальность при операциях на ПЖ остаётся высокой и в 5 раз превышает аналогичный показатель при операциях на органах пищеварения.

---

### ДИНАМІКА РІВНІВ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ

Коваль С.М., Снігурська І.О., Мисниченко О.В., Пенькова М.Ю.,  
Милославський Д.К., Божко В.В., Дунаєвська М.М.  
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»,  
м. Харків

**Мета дослідження** – вивчення впливу комбінованої антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії на рівні в крові васкулоендотеліального фактору росту (ВЕФР) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО).

**Методи дослідження.** Обстежено 70 хворих (54 чоловіків та 16 жінок) на ГХ 2–3 ступеня в поєднанні з АО I–II ступеня віком від 36 до 69 років. Рівні в крові



ВЕФР визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних наборів фірм «R&D Systems» і «Invitrogen» (США). Обстеження хворих було проведено в динаміці комбінованої однорічної антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії. Після первинного обстеження всім хворим призначалась комбінація двох антигіпертензивних препаратів: блокатора рецепторів ангіотензину II (БРА II) олмесартану в добовій дозі 20–40 мг та антагоніста кальцію (АК) III покоління дигідропіридинового ряду пролонгованої дії лерканідипіну в добовій дозі 10–20 мг з подальшим додаванням через 4 тижні лікування, в разі недосягнення цільових рівнів артеріального тиску (АТ), третього препарату – високоселективного бета-адреноблокатора (БАБ) з вазодилатуючою активністю небівололу в добовій дозі 5 мг. Після обстеження через 12 тижнів тим хворим, у яких рівні АТ залишались вищими за цільові, було рекомендовано додаткове застосування тіазидоподібного діуретика індапаміду в добовій дозі 2,5 мг і терапія була продовжена до одного року. В якості гіполіпідемічного препарату всі хворі отримували аторвастатин в добовій дозі 20 мг.

**Отримані результати.** Досягнення цільових рівнів АТ на терапії олмесартаном з лерканідипіном (перша підгрупа) спостерігалось у 36 (90 %) хворих, на терапії олмесартаном, лерканідипіном та небівололом (друга підгрупа) – також у 90 % випадків – у 27 хворих. Потреба в додатковому застосуванні впродовж одного року діуретика, в зв'язку з недостатньою ефективністю терапії, була незначна: у 9 (23 %) хворих першої підгрупи і у 5 (17 %) хворих другої підгрупи. В результаті вивчення рівнів ВЕФР в крові обстежених хворих під впливом однорічної комбінованої антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії встановлено достовірне зниження рівнів ВЕФР в крові в першій підгрупі від 162,31 (102,06;216,00) пг/мл до 86,05 (53,49;103,04) пг/мл,  $p < 0,001$ ; в другій підгрупі – від 163,54 (112,90;248,39) пг/мл до 72,87 (43,68;117,66) пг/мл,  $p < 0,05$ .

**Висновки.** У хворих на ГХ 2–3 ступеня з АО I–II ступеня встановлена висока антигіпертензивна ефективність однорічної комбінованої терапії БРАII олмесартаном, АК III покоління тривалої дії лерканідипіном з поетапним додаванням, в разі недостатності антигіпертензивної дії, високоселективного БАБ з вазодилатуючою активністю небівололу та тіазидоподібного діуретика індапаміду.

Проведення протягом одного року комбінованої антигіпертензивної і гіполіпідемічної терапії призводило до достовірного зниження рівнів в крові ВЕФР в обох підгрупах хворих.

## ДИСТАНЦІЙНЕ ПРЕКОНДИЦІОНУВАННЯ МІОКАРДА В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Потабашній В.А., Князева О.В.

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

**Мета дослідження:** вивчити вплив дистанційного прекондиціонування міокарда (ДП) на перебіг ІХС (стабільної стенокардії напруги II–III ФК) у поєднанні з ХОЗЛ на тлі базисної терапії ІХС (аспирин 100 мг, бісопрололом до 10 мг і аторвастатином 20 мг; за потребою нітрати) у 20 пацієнтів (середній вік  $53,7 \pm 6.1$  років; всі чоловіки) на перебіг ІХС, частоту і тяжкість ішемії міокарда, толерантність до фізичних навантажень у порівнянні з базисною терапією.

**Критерії включення:** наявність ІХС (стабільної стенокардії напруги II–III ФК), дисліпідемії, атеросклерозу каротид, стабільного ХОЗЛ GOLD 1–2 ступеня і клінічних груп А і В.

**Критерії виключення:** перенесений інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, фібриляція і тріпотіння передсердь, пароксизмальні тахікардії, серцева недостатність, ХОЗЛ GOLD 3–4 ступеня і клінічні групи С і D, а також загострення ХОЗЛ.

**Методи дослідження.** Діагностику ІХС проводили згідно з наказом МОЗ України № 152 (2016 року). Оцінювали клінічну вірогідність і тяжкість ІХС (частота, тривалість, інтенсивність нападів стенокардії напруги, застосування нітратів). ЕКГ реєстрували в стані спокою, після 6-хвилинної ходьби, а також проводили добовий моніторинг ЕКГ з аналізом епізодів ішемії міокарда. Виконували УЗД каротид, визначали рівень ЛПНЩ, розраховували загальний серцево-судинний ризик. Діагностику ХОЗЛ проводили відповідно наказу № 555 (2013 рік) з урахуванням рекомендацій GOLD-2017. Базисна терапія ХОЗЛ включала спіриву «Респігат» та за потребою сальбутамол. Дистанційне прекондиціонування (ДП) виконували за протоколом RICO (2011). Манжету сфигмоманометра накладали на праве плече, тиск піднімали до рівня 200 мм рт. ст., утримували на цьому рівні протягом 5 хвилин, потім тиск в манжеті знижували до нуля і подальша пауза становила 5 хвилин. Такі цикли повторювали тричі. Процедуру виконували 4 рази з тижневими інтервалами.

Спочатку хворі отримували зазначену вище стандартну базисну терапію ІХС протягом 4 тижнів. Потім проводили рандомізацію на 2 групи: 1-а (n=10) додатково до базисної терапії отримували ДП протягом 4 тижнів, а 2-а (n=10) – продовжувалася лише базисна терапія. Хворим тричі (перед включенням у дослідження, через 1 місяць базисної терапії та через 1 місяць додаткового лікування) проводили клінічну оцінку, реєстрацію ЕКГ, добове моніторування ЕКГ і вимірювали дистанцію 6-хвилинної ходьби.

**Результати дослідження.** Базисна терапія хворих на ІХС зі стенокардією напруги II–III ФК сприяла зменшенню добової тривалості ішемії міокарда на 48,6 %

та кількості епізодів ішемії на 52,6 %. Додаткове до базисної терапії застосування ДП зменшувало добову тривалість ішемії міокарда на 34,1 % та кількості епізодів ішемії на 32,6 %.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про антиішемічний ефект дистанційного прекондиціонування міокарда в складі базисної терапії у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні зі стабільним хронічним обструктивним захворюванням легень з низьким ризиком його загострень. Необхідно продовжити відпрацювання методики і встановлення її безпечності у більшому рандомізованому клінічному дослідженні.

---

### **ДИСТАНЦІЙНЕ ПРЕКОНДИЦІОНУВАННЯ МІОКАРДА В ЛІКУВАННІ ЕКСТРАСИСТОЛІЧНОЇ АРИТМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Потабашній В.А.

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

**Мета дослідження:** вивчити вплив дистанційного прекондиціонування міокарда в складі базисної терапії аспірином, бісопрололом і аторвастатином у 30 пацієнтів з ІХС-стабільною стенокардією напруги II–III ФК і екстрасистолією (середній вік 64,2±3,7 років; всі чоловіки) на частоту епізодів ішемії міокарда та екстрасистолії, толерантність до фізичних навантажень у порівнянні з базисною терапією.

**Критерії включення:** наявність ІХС (стабільної стенокардії напруги II–III ФК), шлуночкової екстрасистолії, дисліпідемії, атеросклерозу каротид.

**Критерії виключення:** перенесений інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, фібриляція і тріпотіння передсердь, пароксизмальні тахікардії, декомпенсована серцева недостатність, застосування антиаритміків 1, 3 класу або дигоксину, ФВлш ≤30 %, ХОЗЛ, хронічна хвороба нирок, печінкова дисфункція, цукровий діабет.

**Методи дослідження.** Клінічна оцінка тяжкості ІХС (частота, тривалість, інтенсивність стенокардії напруги, застосування нітратів). ЕКГ в стані спокою і після 6-хвилинної ходи. Добовий моніторинг ЕКГ з аналізом частоти і типу аритмій, а також епізодів ішемії міокарда. УЗД каротид. Ліпідограма. Дистанційне прекондиціонування міокарда (ДП) виконували за протоколом RICO (2011). Манжету сфигмоманометра накладали на праву руку, тиск піднімали до 200 мм рт.ст., утримували на цьому рівні протягом 5 хвилин, потім тиск в манжеті знижували до нуля з паузою 5 хвилин. Такі цикли повторювали тричі. Процедури виконували 4 рази з тижневими інтервалами.

Спочатку пацієнти отримували стандартну базисну терапію ІХС (100 мг аспірину, 10 мг бісопрололу і 20 мг аторвастатину; за потребою нітрати) протягом 4 тижнів. Потім проводили рандомізацію на 2 групи: 1-а (n=15) додатково застосо-

ували ДП протягом 4 тижнів, а 2-а (n=15) – отримували лише зазначену базисну медикаментозну терапію. Пацієнтам тричі (перед включенням у дослідження, через 1 місяць базисної терапії та через 1 місяць додаткового лікування) проводили клінічну оцінку, добовий моніторинг ЕКГ і оцінювали дистанцію 6-хвилинної ходьби.

**Результати дослідження.** Базисна терапія пацієнтів з ІХС зі стенокардією напруги II-III ФК сприяла зменшенню добової тривалості ішемії міокарда на 51,3 %, кількості епізодів ішемії на 61,8 % і кількості шлуночкових екстрасистол (ШЕ) на 58,1 %. Застосування ДП додатково зменшувало добуву тривалість ішемії міокарда ще на 63,5 %, кількості епізодів ішемії на 60,1% і ШЕ на 68,3 %.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про додатковий антиішемічний і антиаритмічний ефекти дистанційного прекодиціювання міокарда у пацієнтів з ІХС-стабільною стенокардією напруги II-III ФК на тлі базисної медикаментозної терапії. Дистанційне прекодиціювання є простим і доступним методом лікування. Необхідно проведення масштабного рандомізованого клінічного дослідження для підтвердження отриманих результатів.

---

### ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ МАРКЕРУ TGF $\beta$ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ТЯЖКУ НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Авраменко І.В.

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

**Мета досліджень:** Вивчити характеристики та діагностичну цінність у прогнозуванні віддалених наслідків маркеру TGF  $\beta$  у пацієнтів, що перенесли тяжку негоспітальну пневмонію (ТНП).

**Матеріали і методи:** В динаміці протягом року обстежено 88 пацієнтів, хворих на ТНП (середній вік (СВ) склав 47,6 $\pm$ 1,7 років), які, відповідно до дизайну роботи, були розділені на 2 групи: 1 група – пацієнти з НП тяжкого перебігу 4-ї клінічної групи – 33 пацієнта. СВ – 51,4 $\pm$ 2,8 рік. 2 група – пацієнти з НП тяжкого перебігу 3-ї клінічної групи з великим обсягом враження легеневої тканини – 55 пацієнтів. СВ – 45,2 $\pm$ 2,1 роки. Контрольна група – 10 практично здорових людей без будь-якої легеневої патології. СВ – 50,3 $\pm$ 2,61 роки.

**Результати дослідження.** З літературних джерел відомо, що одним з найбільш універсальних маркерів, який впливає на процеси ініціації проліферації фібробластів, синтез компонентів екстрацелюлярногоматриксу, активацію макрофагів, стимуляцію росту судин і сполучної тканини, є трансформуючий фактор росту  $\beta$  (TGF  $\beta$ ). За даними нашого дослідження встановлено, що в гостру фазу ТНП рівень TGF  $\beta$  у сироватці крові пацієнтів основної групи був на 15,9 % вище показників здорових осіб – 20149,1 $\pm$ 424,0 пг/мл проти 17388,9 $\pm$ 1258,5 пг/мл (t=2,10; p < 0,05).

Найвищий рівень TGF  $\beta$  реєструвався у хворих 1-ї групи – 21335,7 $\pm$ 542 пг/мл, що на 22,7 % перевищувало дані контрольної групи ( $t=2,88$ ;  $p<0,01$ ) і на 9,8 % – відповідні показники у хворих 2-ї групи (19437,2 $\pm$ 577,8 пг/мл;  $t=2,22$ ;  $p<0,05$ ). Пряму залежність рівня TGF  $\beta$  від тяжкості стану хворих підтверджують і результати кореляційного аналізу: між TGF  $\beta$  і шкалою SMART-CO –  $r_s = 0,267$  ( $p<0,05$ ), між TGF  $\beta$  і потребою госпіталізації у ВРІТ –  $r_s = 0,230$  ( $p<0,05$ ).

Виявлені також слабкі, але достовірні кореляції між рівнем TGF  $\beta$  у гостру фазу запалення з іншими клініко-лабораторними показниками: з СРБ ( $r_s = 0,210$ ;  $p<0,05$ ), ЧДР ( $r_s = 0,220$ ;  $p<0,05$ ), відсотком паличкоядерних лейкоцитів ( $r_s = 0,286$ ;  $p<0,01$ ), ЧСС ( $r_s = 0,292$ ;  $p<0,01$ )

**Висновки.** Таким чином, за результатами дослідження встановлено, що в період розпаду захворювання для більшості хворих на ТНП характерним є високий рівень TGF  $\beta$  (20149,1 $\pm$ 424,0 пг/мл) у плазмі крові (в гостру фазу ТНП рівень TGF  $\beta$  у сироватці крові пацієнтів основної групи був на 15,9 % вище показників здорових осіб), що прямо корелювало з тяжкістю перебігу НП та розвитком віддалених наслідків після перенесеного захворювання.

---

## ДОВОБИ РИТМИ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Мікулець Л.В.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Ревматоїдний артрит (РА) – хронічне прогресуюче захворювання, яке характеризується змінами в імунній системі, системі про- і антиоксидантного захисту, в процесах обміну суглобових хрящів. Все це призводить до нагромадження продуктів, які ініціюють розвиток синдрому ендогенної інтоксикації із збільшенням молекул середньої маси.

**Мета дослідження:** вивчити клініко-біохімічні особливості добових ритмів показників синдрому ендогенної інтоксикації у крові хворих на ревматоїдний артрит.

**Матеріал і методи дослідження.** Дослідження проведені у 43 хворих на РА. Діагноз верифіковано згідно критеріїв, запропонованих ARA/EULAR (2010), наказу МОЗ України №263 від 11.04.2014. Середній вік хворих становив 44,7 $\pm$ 9,4 роки. У 16 (37,2 %) пацієнтів встановлена I ступінь активності, у 27 (62,8 %) – друга. Контрольну групу щодо біохімічних показників склали 10 практично здорових осіб (ПЗО), репрезентативних за віком та статтю. Молекули середньої маси (МСМ) у крові визначали за Габриєлян Н.И. (1983). Для дослідження забір крові проводили о: 10.00 год, 14.00 год, 18.00 год, 22.00 год, 2.00 год, 6.00 години. Статистичну обробку даних виконували за допомогою програм: PAST і «Chronos-fit» (косинор-аналіз). Результати вважалися достовірними у випадку, коли коефіцієнт достовірності дорівнював 0,05 або був меншим.

**Результати.** Хронограма показників МСМ254 у хворих на РА мала монофазний тип кривої. Активна фаза у даної групи спостерігалась в нічний період доби, де показники становлять (-0,099 ум. од) щодо ПЗО (0,022 ум. од). Середньодобові показники МСМ254 у пацієнтів на РА характеризувалися статистично достовірним ( $p < 0,001$ ) збільшенням за рахунок окремих варіант в 1,6 (о 18.00 год) – 4,2 (о 10.00 год) рази. Ортофаза у хворих на РА зафіксована о 10.00 год із поступовим зменшенням протягом першої половини світлового періоду доби, у ПЗО – о 18.00 год. Мінімальне значення даного показника у пацієнтів на РА відмічалось о 14.00 год, у ПЗО – о 10.00 год. З 18.00 год виявлялося поступове наростання показників МСМ254 у хворих, тоді як у ПЗО вони поступово спадали. Мезор активності МСМ254 пацієнтів становив 0,411 ум. од щодо 0,177 ум. од у ПЗО. Показники МСМ254 у пацієнтів статистично достовірно були збільшені щодо групи ПЗО. З віком у хворих спостерігалася тенденція до збільшення рівня МСМ254. Хронограма показників МСМ280 у хворих на РА мала монофазний тип кривої і була синфазною із групою ПЗО. Показники МСМ280 у пацієнтів на РА були збільшені на 19,8 % – 44,7 % протягом доби за рахунок окремих варіант часу. Мезор МСМ280 у хворих на РА становив 0,351 ум. од. (у ПЗО – 0,217 ум. од.), амплітуда у даних хворих – 0,031 ум. од. (у ПЗО – 0,019 ум. од.). Мінімальні значення МСМ280 у досліджуваних пацієнтів виявили о 22.00 год. Аналіз хронограми показників МСМ280 у хворих на РА показав, що вони статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) збільшуються із збільшенням активності захворювання. Показники МСМ280 у хворих на РА були підвищені і при аналізі таких параметрів як вік, стать, тривалість захворювання, але статистично достовірних відмінностей в порівнюваних групах не виявлено. Перебіг захворювання також супроводжувався збільшенням рівня ендогенної інтоксикації, при цьому статистично достовірно – у хворих із швидкопрогресуючим перебігом РА.

**Висновок.** Таким чином, у хворих на РА встановлено наявність синдрому ендогенної інтоксикації, який підтверджувався зростанням рівня молекул середньої маси на 19,8 % – 44,7 % в крові відносно ПЗО ( $p < 0,05$ ). Враховуючи зазначені зміни в хроноритмах МСМ і можна пояснити такий хвилеподібний перебіг проявів болю у хворих на РА.

---

### ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЦЕЛІАКІЇ В ОБЛАСНІЙ КОНСУЛЬТАТИВНІЙ ПОЛІКЛІНІЦІ КЗ «ДОКЛМ»

Мінчук Є.А.<sup>1</sup>, Духовенко К.К.<sup>1</sup>, Пелех М.О.<sup>1</sup>, Шрамко О.В.<sup>1</sup>, Філіппова Є.В.<sup>1</sup>, Гриценко П.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро

<sup>2</sup> КЗ «Дніпропетровське обласне патологоанатомічне бюро», м. Дніпро

Поширеність целіакії в світі складає в середньому 1% населення і залежить від традицій національної кухні. Наприклад, поширеність целіакії серед

населення Сахари, що вживає в їжу у великих кількостях пшеницю і в Японії, де традиційно використовується рис, становить 5,6 випадків з 100 і 1 випадок з 20000 відповідно. При чисельності населення України 42 759 000 мешканців прогнозована кількість пацієнтів хворих на целиацію складає 427 590 осіб, у Дніпропетровській області – 32 730 осіб. За даними КЗ «Обласної інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ДОР» фактична зареєстрована кількість хворих по Україні – 1 087 чоловік, по Дніпропетровській області – 32 пацієнта, з них дорослого населення – 5 чоловік.

**Мета роботи.** Виявити клінічні, лабораторні та морфологічні зміни у хворих з підозрою на целиацію.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстеження проведено 119 пацієнтам, які зверталися в Обласну консультативну поліклініку лікарні ім. І.І. Мечникова. Серед пацієнтів жінок – 96, чоловіків – 23. Віковий склад пацієнтів від 20 до 62 років, середній вік – 35 років.

Діагноз у хворих встановлювався на підставі клінічної картини, ендоскопічного дослідження дванадцятипалої кишки (ДПК) з біопсією слизової оболонки дистальної гілки ДПК, морфологічного дослідження біоптату за класифікацією Marsh та імуногістохімічного (ІГХ) дослідження з визначенням кількості інтраепітеліальних лімфоцитів CD3 та цитотоксичних лімфоцитів CD8 в біоптатах. Проводилися серологічні дослідження рівня імуноглобуліна А (IgA) загального, імуноглобуліна А (IgA) до тканинної трансглутамінази, заліза, ферритину, кальцію.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз клінічних проявів захворювання виявив: скарги на здуття живота – 71,4 % хворих, втрата ваги – 59,5 %; біль в животі – 47,6 %. Ендоскопічне дослідження у 59,5 % виявило гіперемію слизової оболонки, у 2,4 % – ерозивні зміни, у 38,1 % – слизова візуально була без патологічних змін. Морфологічні дослідження виявили у 25 пацієнтів (29,7 %) зміни типу Marsh1-3, з них: Marsh1 – 17 (20,2 %); Marsh2 – 5 (5,9 %); Marsh3 – 3 (3,6 %). ІГХ дослідження виявило у всіх пацієнтів зі змінами типу Marsh1-3 кількість CD3 була більше 30 на 100 ентероцитів, з них цитотоксичних CD8 було більше 50 % кількості CD3. У пацієнтів з морфологічними змінами типу Marsh3 були підвищені рівні IgA до тканинної трансглутамінази від 1,5 до 2 норм у 2 пацієнтів, до 9 норм – 1, знижені рівні заліза, феритину – 3, кальцію – 1. У пацієнтів з морфологічними змінами Marsh3 целиація була встановлена вперше. У пацієнтів з змінами типу Marsh2 целиація встановлена раніше – 1 хворий, діагностовано лямбліоз – 1, аскаридоз – 1, цукровий діабет 1 типу – 1, не уточнена причина – 2 пацієнти, з них з незначним підвищенням IgA до тканинної трансглутамінази – 1, якому запропонована безглютенна дієта на 2 місяці з подальшим контролем серологічних та морфологічних показників. У всіх пацієнтів з морфологічними змінами типу Marsh1 рівні IgA до тканинної трансглутамінази не перевищували нормальні показники, вони частіше скаржилися на болі в животі, закрепи, 1 % з них мали дефіцит ваги, заліза та ферритину у сироватці крові. У однієї пацієнтки з підвищеним рівнем IgA до тканинної трансглутамінази до 1,5 норм був підви-

щений рівень IgE загального та IgE специфічного до глютену, морфологічні зміни слизової – типу хронічного дуоденіту, при імуногістохімічних дослідженнях виявлено кількість CD3 – 28 на 100 ентероцитів, CD8 – 17 на 100 ентероцитів.

Пацієнтам з встановленою целиакією призначалась аглютенена дієта. Подальший морфологічний контроль біоптата слизової оболонки ДПК виконан у 2 пацієнтів, за даними якого знизилась ступінь атрофії з Marsh 3 на Marsh 2 в обох випадках.

**Висновки.** Діагноз целиакія встановлюється у пацієнтів з морфологічними змінами слизової ДПК типу Marsh3 й підвищеним рівнем IgA до тканинної трансглутамінази. Пацієнти з морфологічними змінами Marsh2, Marsh1 потребують подальшого пошуку причини цих змін. Всі пацієнти з змінами Marsh2-3 мають дефіцит нутрієнтів та ваги. 1 % пацієнтів з Marsh1 мають дефіцит нутрієнтів та ваги. У всіх пацієнтів з змінами типу Marsh1-3 кількість CD3 лімфоцитів є більшою 30 на 100 ентероцитів з перевагою цитотоксичних CD8 лімфоцитів у кількості.

Лікування аглютененою дієтою призводить до поліпшення морфологічної та клінічної картини.

---

### **ДОСВІД ОЦІНКИ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СТАНУ СТАНОВЛЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ФАКТОРА ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Невойт Г.В., Люлька Н.О., Соколюк Н.Л., Ткач Л.І., Бондар О.Г.,  
Корпан А.С.

Навчально-науковий інститут ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В Україні виникає парадоксальна ситуація, коли самі лікарі являються такими ж хворими, як і їх пацієнти. В першу чергу це стосується так званих ВОЗ (2014–2016) неінфекційних захворювань (НІЗ). Вони стають причинами втрати працездатності, інвалідизації, смерті як осіб без медичної освіти, так і медичного персоналу. Практичний клінічний досвід останнього століття дозволяє стверджувати, що НІЗ не можливо здолати виключно фармакологічними засобами. Останнім часом в розвинутих країнах зафіксовано зниження показників смертності і захворюваності завдяки зсуву акцентів з фармакотерапії на популяризацію принципів здорового способу життя (ЗСЖ). Задля сприяння досягненню цілей «Глобального плану дій ВООЗ по профілактиці НІЗ і боротьбі із ними на 2013–2020 роки», покращення рівня підготовки медичних кадрів і здоров'я громадян України в ході науково-дослідної роботи «Розробка алгоритмів і технології запровадження здорового способу життя у хворих на НІЗ на підставі вивчення психоемоційного статусу» (№ держреєстрації 0116U007798) виконано дослідження, мета якого – на підставі оцінки стану сформованості ЗСЖ, виявлення факторів ризику



НІЗ у лікарів-інтернів дослідити реальний стан проблематики та рівень їх професійної підготовки щодо засад ЗСЖ. Матеріали і методи дослідження: у 2016–2017 навчальному році за скринінговими питаннями виявлення факторів ризику та опитувальником «Сформованість компонентів ЗСЖ» (коефіцієнт Кронбаха у блоках: 0,71; 0,76; 0,71 відповідно; Носов А.Г., 2014) протестовано 59 лікарів-інтернів, з них 47 (79,6 %) жінки, середній вік  $24,2 \pm 0,2$  роки. Оцінка загального рівня сформованості компонентів становлення ЗСЖ відбувалась за кількістю набраних респондентами балів по трьом блокам питань 1) вартісно-змістовний (визначення потреби в ЗСЖ); 2) інформаційно-змістовний (визначення рівень знань про ЗСЖ); 3) індивідуально-діяльний (визначення реалізація вмінь та навиків здоров'язберігаючої діяльності). з наступним підрахунком за формулою :  $n \% = x * 100 / 18$ , де  $n \%$  це шуканий відсоток сформованості компонента,  $x$  – отримане кількість балів при додаванні, помножене на 100 %, і розділене на 18 (максимально можлива кількість балів у блоці).

За відповідями 1-го блоку: 14 (24 %) лікарів-інтернів отримали середній рівень, 45 (76 %) – високий; 2-го блоку: 18 (30,5 %) – середній, 41 (69,5) високий. Це свідчить про задовільний рівень усвідомлення та знань про ЗСЖ. За запитаннями 3-го блоку – індивідуально-діяльного високу кількість балів набрали 26 (43,8 %) осіб. У 19 (32,4 %) та 14 (24 %) респондентів зафіксовано середній і низький рівні – тобто принципи ЗСЖ слабо або взагалі не реалізуються ними на практиці, що підтверджувалось і корелювало з даними об'єктивної оцінки фізичного стану здоров'я – моніторингу складу тіла біоімпендансним методом. При цьому міцні алкогольні напої більше ніж тричі на рік вживають 38 (64 %) осіб, слабкі – 46 (78 %); вживають сучасні солодоці (цукерки, торти, тощо) – 52 (88 %), палять – 8 (14 %) лікарів-інтернів, щодня ранкову зарядку виконують 8 (14 %), щодня вживають п'ять видів фруктів і/або овочів лише 10 (17 %); надлишково вживають поварену сіль 7 (15 %); вживають енергетичні напої 1 (1,7 %); вважають, що дотримуються рекомендацій нормотрофного харчування – 34 (73 %). Зазначене підтверджує наявність проблем: недостатнє усвідомлення самими лікарями ЗСЖ як необхідного для профілактики; недостатній рівень впровадження засад ЗСЖ у сучасних студентів-медиків; підкреслює глибину і глобальність проблеми НІЗ в нашій країні.

---

## ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ ТІЛА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК)

Стойкевич М.В., Шевцова З.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро

**Мета роботи:** оцінити компонентний склад тіла хворих на ХЗЗК.

**Методи дослідження.** Проведене обстеження 120 хворих на ХЗЗК віком ( $38,13 \pm 1,08$ ) роки, з них 39 – мали хворобу Крона (ХК), 81 – неспецифічний ви-

разковий коліт (НВК). Серед обстежених було 45,8 % жінок і 54,2 % чоловіків. Включення хворих в дослідження проводилось незалежно від зовнішніх ознак порушення нутритивного статусу. Оцінка стану компонентного складу тіла пацієнтів здійснювалася за допомогою біоімпедансного аналізатору фірми «МЕДАСС» (Москва, Росія).

**Отримані результати.** Аналіз масової долі жиру (% ЖМ) в організмі хворих на ХЗЗК показав, що у 100 (83,3 %) обстежених спостерігалось відхилення результатів від нормальних значень. У структурі порушень нутритивного статусу вірогідно переважали пацієнти з його зниженням – 69 (57,5 %), із них у 48 (40,0 %) пацієнтів діагностувалось виснаження, а інші 21 (17,5 %) мали недостатність харчування. Збільшення % ЖМ спостерігалось у 31 (25,8 %) хворих, 15 (12,5 %) з них мали надлишкову вагу, а у 16 (13,3 %) – визначалось ожиріння. При ХК поширеність нутритивної недостатності в 1,3 разів була більшою (51,9 % – при НВК, 69,2 % – при ХК), що може бути обумовлено глибиною ураження кишкової стінки та частим залученням у патологічний процес тонкої кишки, що ускладнює всмоктування нутриєнтів. Вміст % ЖМ залежав від тяжкості захворювання ( $r = -0,38$ ,  $p = 0,014$ ), віку пацієнтів ( $r = 0,40$ ,  $p < 0,001$ ) та був більшим у жінок ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,008$ ). Що стосується середніх відносних показників без жирової маси тіла (БЖМТ), активно-клітинної маси (АКМ), та скелетно-м'язової маси (СММ), то суттєвих відхилень від норми та різниці за нозологіями виявлено не було. Але при аналізі індивідуальних показників встановлено, що у 17 (19,1 %) хворих на НВК та 7 (17,9 %) – на ХК спостерігалось зменшення % АКМ, у 12 (14,8 %) хворих на НВК та 3-х (7,7 %) – на ХК виявлено підвищення цього показника. Встановлений негативний кореляційний взаємозв'язок % АКМ з індексом ендоскопічної активності ( $r = -0,25$ ,  $p = 0,025$ ). У 4 (4,9 %) хворих на НВК та 1-го (2,6 %) хворого на ХК мало місце зменшення % СММ. Проведений кореляційний аналіз показав, що зменшення м'язової маси у обстежених пацієнтів відбувалося з віком ( $r = -0,48$ ,  $p = 0,002$ ) та асоціювалося з більш низькими показниками альбумінів сироватки крові ( $r = -0,32$ ,  $p = 0,003$ ). Більш ж високі її показники були характерними для чоловіків ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ). Вивчення об'єму та розподілу рідини в організмі хворих на ХЗЗК показало, що вміст загальної рідини організму (ЗРО) був у межах нормальних значень у 94,8 % хворих на ХК та 88,9 % пацієнтів з НВК, при цьому у більшій частині обстежених спостерігався перерозподіл рідини за рахунок збільшення більш ніж в 2,5 рази позаклітинної рідини (ПКР) та зменшення клітинної рідини (КР), що свідчить про підсилення проникності клітинних мембран на тлі запалення.

**Висновок.** Основні порушення компонентного складу тіла у хворих на ХЗЗК відбуваються за рахунок змін вмісту % ЖМ, переважно у вигляді нутритивної недостатності і частіше зустрічається при ХК. Для пацієнтів з ХЗЗК характерний перерозподіл водних секторів організму за рахунок збільшення ПКР та зменшення КР.

## ЕНДОСКОПІЯ З ВИСОКОЮ РОЗДІЛЬНОЮ ЗДАТНІСТЮ І ВУЗЬКОСМУГОВОЮ ВІЗУАЛІЗАЦІЄЮ В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ ШЛУНКА: АТРОФІЇ І КИШКОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ

Сімонова О.В., Мосійчук Л.М., Демешкіна Л.В.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро,

**Мета роботи:** оцінити можливості діагностики передракових станів шлунка (Ш): атрофії і кишкової метаблазії (КМ) за допомогою комплексного відеоендоскопічного дослідження (КВЕД) з високою роздільною здатністю і вузькосмуговою візуалізацією (NBI-режим).

**Матеріали та методи.** Обстежено 38 хворих на атрофічний гастрит (АГ) (18 чоловіків, 20 жінок, середній вік –  $(53,8 \pm 1,3)$  років). Стан слизової оболонки (СО) Ш вивчено за допомогою КВЕД з використанням відеоендоскопічної системи EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190. Під час КВЕД проводили ретельну діагностику всіх можливих змін Ш, в т. ч. – наявність і поширеність атрофії і КМ СОШ. Наявність атрофії визначали при появі в білому світлі вогнищ стоншення, западіння СО блідного, білуватого кольору, видимих підслизових судин, в режимі NBI – зникнення малюнка капілярної субепітеліальної мережі з безладно розташованими збирковими вунулами; оцінювали за поширеністю (антральний відділ, дифузно). КМ діагностували при візуалізації в режимі NBI ознаки «світло-блакитні гребені» (чітко видимі блідо-блакитні лінії або звивини, розташовані на гребені поверхні епітелію). Поширеність КМ визначали за топографією (антральний відділ, тіло Ш, дифузно). Виконували політопну рандомальну біопсію із 5 точок Ш і у разі необхідності – таргетовану біопсію. Проводили співставлення результатів КВЕД з морфологічними даними.

**Результати та обговорення.** В результаті КВЕД виявлено, що в 3,1 % випадків діагностовано АГ без КМ (I група), в 31,6 % – АГ з вогнищевою КМ, обмеженою антральним відділом Ш (II група), в 55,3 % – АГ з тотальною вогнищевою КМ (III група). Нами зафіксовано кілька варіантів ендоскопічних проявів КМ: плаский, пласко-піднятий, піднятий. При морфологічному дослідженні в усіх випадках підтверджено наявність КМ, але взаємозв'язків між макроскопічними типами КМ і формою КМ за гістологічними даними не виявлено. З'ясовано, що в I групі атрофія СО, як ендоскопічно, так і морфологічно, в усіх випадках була обмежена антральним відділом Ш, в II групі атрофія антрального відділу діагностована у більшості випадків (83,3 %), в III групі переважала частота дифузної атрофії СОШ (76,2 %).

**Висновки.** Отримані дані свідчать про високу ефективність КВЕД з високою роздільною здатністю і вузькосмуговою візуалізацією в діагностиці передракових станів Ш – атрофії і КМ, що може забезпечити добіопсійну діагностику цих змін, визначити місця для більш точної (прецизійної) біопсії, що в подальшому призведе до зменшення кількості біоптатів.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНГІБИТОРА КСАНТИНОКСИДАЗИ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Романуха В.В., Гавриш І.М., Гринів О.І., Рудник В.Т.  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,  
м. Івано-Франківськ

Метаболічний синдром (МС) – комплекс метаболічних і гормональних порушень, в основі яких лежить інсулінорезистентність із компенсаторною гіперінсулінемією. На даний час МС є в 25 % дорослого населення планети, серед них у віці старше 60 років – 45 %, причому, в останні роки відмічається стійкий ріст захворюваності серед пацієнтів молодого віку. Дослідження останніх років доповнило характеристику факторів ризику МСгіперурикемією. Адже, вона асоціюється з високим ризиком виникнення серцево-судинних подій – інсультом, інфарктом, а також, хронічною нирковою і серцевою недостатністю та артеріальною гіпертензією. Перспективним у лікуванні порушень пуринового обміну є використання лікарського засобу для пригнічення утворення сечової кислоти (СК).

**Мета дослідження:** визначення клінічної ефективності селективного інгібітора ксантинооксидази – фебуксостату у лікуванні хворих із метаболічним синдромом.

**Методи дослідження.** До групи обстежених залучені пацієнти із ознаками МС згідно рекомендацій International Diabetes Federation, American Heart Association та National Heart, Lung and Blood Institute (2005, 2009 – із доповненнями). Рівень сечової кислоти визначали за біохімічним методом за допомогою аналізатора StatFax 3300. З метою визначення ефективності лікування усіх хворих розподілено на групи: 1-ша група (n=15) отримувала комплексну терапію, що застосовується при МС, 2-га група (n=16) додатково отримувала селективний інгібітор ксантинооксидази – фебуксостат в дозі 40 мг на добу, 3-га група (n=16) отримувала фебуксостат в дозі 80 мг на добу впродовж 28 днів. Контрольна група – 15 здорових осіб.

**Результати дослідження.** На фоні проведеного лікування нами відмічено достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження рівня СК у групах хворих, в комплексне лікування яких входив фебуксостат. Крім того, нами виявлено дозозалежний ефект фебуксостату за рахунок досягнутого рівня СК. Так, в 2 групі хворих з дозою 40 мг фебуксостату рівень СК знизився на 36 % ( $p < 0,05$ ) і становив  $403 \pm 0,33$  мкмоль/л, тоді як в 3 групі даний показник знизився на 57 % ( $p < 0,05$ ) і становив  $335 \pm 0,25$  мкмоль/л. Різниця між показниками 2 та 3 групи виявилась достовірною ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Гіперурикемія є важливим маркером ризику подагри у пацієнтів з метаболічним синдромом. Застосування у комплексній терапії в пацієнтів із метаболічним синдромом селективного інгібітора ксантинооксидази – фебуксостату призводить до достовірного зниження рівня сечової кислоти. Встановлено дозозалежний ефект застосування препарату.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ БЕСІД ЩОДО МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Конопкіна Л.І., Щудро О.О.

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

На сьогодні одним з головних факторів ризику формування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є тютюнопаління, однак, більшість хворих продовжують курити, незважаючи на те, що знають про своє захворювання та негативний вплив куріння на його перебіг.

**Мета дослідження:** визначити ефективність профілактичних бесід щодо модифікації способу життя у хворих на ХОЗЛ.

**Матеріали та методи дослідження.** Було проведено аналіз даних одномоментного опитування та вивчення медичної документації 54 хворих з верифікованим діагнозом ХОЗЛ (згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013), які мали в анамнезі факт тютюнопаління. Середній вік пацієнтів склав  $63,2 \pm 1,8$  року, тривалість захворювання –  $7,8 \pm 1,2$  року, чоловіків було 49 (90,7 %), жінок – 5 (9,3 %).

Усі пацієнти спостерігались від 2 до 8 років (середня тривалість –  $5,2 \pm 1,92$ ) у регіональному консультативно-діагностичному кабінеті «Спіро» Комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради, яким було регламентовано регулярне відвідування кабінету (один раз на 2–3 місяці, а також за потребою) для контролю вентиляційної функції легень, правильності техніки інгалювання медикаментозних препаратів та, за необхідності, корекції схеми лікування. На кожному візиті хворим проводилась бесіда про шкоду тютюнопаління та його негативний вплив на перебіг ХОЗЛ.

У всіх пацієнтів з'ясовували відношення до тютюнопаління, тривалість цього фактору ризику та розраховували індекс «пачка/рік». Отримані результати обробляли стандартними методами оцінки варіаційних рядів. Обчислення виконували за допомогою програмного забезпечення «Statistica 6.1» («StatSoft», США).

**Результати дослідження.** Отримані результати показали, що 26 (48,1 %) пацієнтів мали статус активного курця, 28 (51,9 %) – екс-курця.

Аналіз даних виявив, що 18 (64,3 %) із 28 екс-курців мали стаж куріння 30 і більше років (індекс «пачка/рік» –  $54,3 \pm 4,57$ ), 5 (17,9 %) пацієнтів – 20–29 років (індекс «пачка/рік» –  $32,6 \pm 3,28$ ), 3 (10,7 %) хворих – 10–19 років (індекс «пачка/рік» –  $17,4 \pm 4,21$ ) та 2 (7,4 %) – до 10 років (індекс «пачка/рік» –  $2,3 \pm 1,28$ ).

При індивідуальному опитуванні екс-курців ( $n = 28$ ) було виявлено, що 13 (46,4 %) респондентів відмовились від тютюнопаління після рекомендацій лікаря-консультанта кабінету «Спіро», 7 (25,0 %) пацієнтів – після рекомендацій родичів та знайомих, 6 (21,4 %) – завдяки засобам масової інформації та 2 (7,2 %) – з інших причин.

**Висновок.** Проведене одномоментне опитування показало, що найбільш високу ефективність профілактики куріння серед хворих на ХОЗЛ мають інформаційні бесіди проведені саме лікарем-спеціалістом.

---

### **ЕФЕКТИВНІТЬ БІСОПРОЛОЛУ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Кігура О.Є., Кігура Є.М.

Вищий державний навчальний заклад «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**Метою дослідження** вивчити ефективність бісопрололу у літніх пацієнтів з хронічної серцевою недостатністю (ХСН) в поєднанні з фібриляцією передсердь (ФП).

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 24 пацієнти з ХСН III–IV функціональних класів (ФК) із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ) – ФВ менше 35 %. Вік пацієнтів становив 60–74 роки. У період перебування в стаціонарі, при наступних амбулаторних візитах через 3, 6 місяців лікування, пацієнти проходили комплексне клінічне та ехокардіографічне обстеження, визначали дистанцію 6-ти хвилинної ходьби (ДШХ), оцінку якості життя з використанням Мінесотського опитувальника (АСЗЯЖ).

Після досягнення стану еуволемії додатково до базової терапії (еналаприл, фуросемід, спіронолоктан) призначали  $\beta$ -адреноблокатор ( $\beta$ -АБ) бісопролол. Дозу підбирали індивідуально методом титрування, починаючи з 1/8 середньої терапевтичної дози, починаючи з 1,25 мг. Поступове збільшення дози до 10 мг/добу проводили з інтервалами 1–2 тижні (1,25 мг, 2,5 мг, 3,75, 5,0 мг, 7,5 мг, 10 мг); весь період титрування займав 4–16 тижнів. Тривалість спостереження становила 6 міс. Обстежені пацієнти мали виражені прояви ХСН, які зберігалися після стабілізації їхнього стану: середній ФК ХСН становив  $3,0 \pm 0,15$ , ФВ ЛШ –  $28,4 \pm 1,2$  %. Спостерігалися істотне погіршення переносимості фізичного навантаження (ДШХ в середньому становила  $220,4 \pm 8,2$  м) та АСЗЯЖ (загальний індекс –  $82,2 \pm 5,6$  бала).

**Результати.** Встановлено, що поєднання ХСН з ФП більш характерне для літніх пацієнтів, що асоціюється з більшою частотою серцевих скорочень (ЧСС) у стані спокою ( $p < 0,05$ ) та наприкінці фізичного навантаження ( $p < 0,05$ ), істотним зниженням показників ДШХ ( $p < 0,05$ ) і збільшенням розмірів лівого передсердя ( $p < 0,05$ ) порівняно з такими у пацієнтів зі збереженим синусовим ритмом.

Через 3 міс титрування цільових доз бісопрололу досягли 12 (50 %) пацієнтів; середня добова доза препарату становила  $7,0 \pm 1,6$  мг. Через 6 міс лікування цільової дози досягли ще 3 пацієнти, середня добова доза –  $7,4 \pm 1,2$  мг. За нашими спостереженнями, призначення бісопрололу додатково до базисних препаратів вже через 3 міс терапії забезпечувало покращення стану хворих, по-

казників АСЗЯЖ з подальшим покращенням його при подовженні терапії до 6 міс. Позитивна динаміка переносимості фізичного навантаження проявлялася у збільшенні ДШХ: через 3 міс – на  $35,8 \pm 2,6$  % ( $p < 0,001$ ), через 6 міс – на  $46,9 \pm 3,8$  % ( $p < 0,001$ ). Через 6 міс застосування біспрололу приріст ФВ сягнув рівня статистичної достовірності і становив  $16,4 \pm 1,8$  % ( $p < 0,05$ ), був досягнутий також регрес патологічного ремоделювання, що виражалось в значному зменшенні не тільки кінцевого діастолічного об'єму (КДО), але й кінцевого систолічного об'єму (КСО) ЛШ.

**Висновки.** Тривала терапія біспрололом покращує якість життя, збільшує дистанцію шестихвилинної ходьби, супроводжується зменшенням тахікардії у стані спокою і після фізичного навантаження, зниженням рівня систолічного та діастолічного артеріального тиску, покращенням насосної функції лівого шлуночка у літніх пацієнтів. Наявність ФП не перешкоджає досягненню цільових доз біспрололу і не асоціюється зі збільшенням частоти його побічних ефектів і відміни з огляду на погану переносність

---

## ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Василенко В.А., Шейко С.А., Василенко А.М.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Кривой Рог

**Цель исследования:** определить распространённость желудочковых нарушений ритма (ЖНР) у ВИЧ-инфицированных пациентов и оценить антиаритмическую эффективность и безопасность малых доз биспролола 2,5 мг в коррекции выявленных нарушений ритма сердца по данным суточного мониторинга ЭКГ.

**Материалы и методы:** Обследовано 74 ВИЧ-положительных пациентов без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые представили основную группу. В основную группу вошло 35 (47,3 %) мужчин и 39 (52,7 %) женщин. Возраст пациентов –  $42,3 \pm 2,8$  лет. Контрольная группа состояла из 35 ВИЧ – отрицательных пациентов без клинических проявлений ССЗ. Группы были сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела. Индекс массы тела имел значения –  $19,5 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup>. Суточное холтеровское мониторирование ЭКГ (СХМ ЭКГ) выполняли при наличии ощущений сердцебиения, перебоев в работе сердца, пропуски пульсовой волны. СХМ ЭКГ проводили исходно перед лечением и через 7–10 дней после назначения биспролола.

**Полученные результаты.** Желудочковые нарушения ритма у пациентов с ВИЧ встречались в 63,5 % случаев. В контрольной группе желудочковая эктопия имела место у 22,9 % лиц. Алгоритмия, куплеты, триплеты у ВИЧ-инфицированных пациентов встречались у 36,4 %, 20,3, 8,1 % случаев соответственно. В контрольной группе желудочковую алгоритмию регистрировали у 5,7 % пациентов. На фоне лечения биспрололом у пациентов с ВИЧ желудочко-



вая аллоритмія мала місце у 8,1 % пацієнтів. Куплети, триплети, не регистрировались как в основной, так и в контрольной группе. Средняя ЧСС днём у ВИЧ-инфицированных –  $18,1 \pm 2,4$  по сравнению с контрольной группой –  $77,5 \pm 0,4$ . В ночные часы данный показатель составлял  $64,4 \pm 1,7$ , по сравнению с контрольной группой –  $55,2 \pm 0,2$ .

До лечения продолжительность интервалов PQ (мсек), QRS (мсек) и QTc (мсек) составляла соответственно  $131,2$ ;  $74,4$  и  $441,2$ . После лечения:  $139,2$ ;  $74,7$  и  $373,1$ .

В контрольной группе данные показатели до лечения имели такие значения. Продолжительность интервала PQ, мсек, QRS, мсек и QTc, мсек:  $138,3$ ;  $74,3$  и  $380,7$ . После лечения:  $140,2$ ;  $74,4$  и  $371,2$  соответственно.

Уровень CD4+ Т-лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных пациентов был представлен значениями  $436,7 \pm 58,2$ .

#### **Выводы:**

1. У ВИЧ-инфицированных пациентов чаще выявляются желудочковые нарушения ритма не характерные для здоровых людей, что очевидно обусловлено хроническим системным воспалением и повышением тонууса симпатической нервной системы, которое подтверждается более высокими показателями средней ЧСС как днём, так и в ночные часы.

2. Наличие желудочковой эктопии у ВИЧ инфицированных пациентов сопровождается удлинением коррегированного интервала QT.

3. Бисопролол в дозе 2,5 мг является эффективным и безопасным антиаритмическим препаратом для лечения желудочковой эктопии вне зависимости от ВИЧ-статуса.

---

## **ЗАСТОСУВАННЯ ИНГАЛАРУ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ БРОНХІТОМ**

Малкович Н.М.

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

Застосування ефірних олій в клінічній практиці має давню традицію завдяки наявності у них фітонцидних властивостей. Переважно ефірні олії застосовуються зовні у вигляді розтирань, компресів або інгаляційно. Перевагою ефіро-олійних композицій є неспецифічна віруцидна та бактеріостатична дія на більшість збудників інфекцій дихальних шляхів без розвитку явищ резистентності.

На фармацевтичному ринку України представлена ефірноолійна композиція Інгалар для зовнішнього та інгаляційного застосування, що дозволяє збільшити експозицію та концентрацію фітонцидів у верхніх дихальних шляхах, посилити муколітичну, експекторальну активність згаданих засобів.

**Мета дослідження** – покращити результати лікування хворих на гострий бронхіт.



**Методи дослідження:** загально клінічні, рентгенологічні.

**Отримані результати.** Було проведено спостереження за 28 хворими на гострий бронхіт віком від 19 до 35 років. Критеріями включення пацієнтів у дослідження була наявність продуктивного кашлю з виділенням негнійної та гнійної мокротини, гіпертермія в межах субфебрильних значень, аускультативних та рентгенологічних ознак дифузного бронхіту. Виключалися з дослідження пацієнти з непереносимістю фітозасобів та ефірних олій, хворі на туберкульоз, онкологічні процеси.

У комплексному лікуванні досліджуваних пацієнтів основної групи (15 досліджуваних) окрім противірусних препаратів (арбідол, аміксин), фізіотерапевтичного лікування було застосоване інгаляційне введення препарату Інгалар через паровий інгалятор у кількості 2,5 мл на 500 мл води, нагрітої до 600 С двічі на добу впродовж 5 днів. В групу порівняння були включені 13 пацієнтів, для лікування яких застосовувались аналогічні лікувальні заходи та експекторанти.

На 2–3 добу застосування Інгалару у більшості пацієнтів основної групи (12 хворих, 80 %) спостерігалось зменшення інтенсивності кашлю, покращення експекторації. В подальшому лише 2 хворих (13 %) потребували проведення антибіотикотерапії.

Водночас у 10 хворих групи порівняння (76,9 %) відмічена повільніша інволюція клінічних ознак бронхіту, в зв'язку з чим їм призначались антибактеріальні засоби. У 3 з них (2,3 %) перебіг гострого бронхіту був більш тривалим – до 4 тижнів.

**Висновки.** Завдяки наявності багатьох корисних властивостей, – мукокрезолітичної, секретомоторної, антибактеріальної, протизапальної, – препарат Інгалар здатний попередити приєднання бактеріальної суперінфекції у пацієнтів з гострим бронхітом вірусного генезу, а також, ймовірно, володіє імуностимулювальною та саногенетичною діями.

---

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ У ВОГНИЩАХ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Мацегора Н.А., Степанчук Є.Г., Омелян Л.П.  
Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Мета роботи.** Проаналізувати захворюваність на туберкульоз (ТБ) серед дітей раннього віку, що перебували у вогнищах туберкульозної інфекції.

**Методи дослідження.** Проведено аналіз 63 історій хвороб дітей віком від 0 до 3 років, що перебували на лікуванні в КУ «ОПТД» протягом 2011–2015 рр.

**Результати та їх обговорення.** За період з 2011 до 2015 рр. нами проаналізовано 63 історії хвороб дітей, що хворіли на ТБ та отримували лікування на базі КУ «ОПТД». З них 52,4 % було хлопчиків та 47,6 % дівчаток, жителів міста 23,8 %, області – 74,6 %. Вік дітей коливався від новонароджених до 3 років.

Більшість дітей, хворих на туберкульоз, мешкали в сім'ях з різними соціальними проблемами. В результаті аналізу даних епідеміологічного анамнезу встановлено, що 80% дітей були із осередків туберкульозної інфекції. Найчастіше джерелом інфекції були батьки (батько – 28,5 %, мати – 12,7 %, обидва батьки – 3,0 %), рідше інші члени родини (бабусі та тітки у 9,5 % випадків, дядько – 4,8 %) та знайомі (сусіди та няня у дитячому садку у 1,5 % випадків). Серед рідних число випадків із МБТ (+) дорівнювало 44,4 %. У дітей найчастіше виділено такі клінічні форми ТБ: первинний туберкульозний комплекс (53,9 %), туберкульозний менінгоенцефаліт (12,7 %), ТБ внутрішньогрудних лімфовузлів (9,5 %). З них 7,9 % були хворі на мультирезистентний ТБ, та ще 6,3 % хворіли на тлі ВІЛ-інфекції. Охоплення даної групи дітей вакцинацією БЦЖ було лише у 23,8 %.

**Висновок.** Даними епідеміологічного дослідження встановлено, що 80 % дітей були із осередків туберкульозної інфекції. Тому своєчасне виявлення і повноцінне лікування бацилярних хворих на туберкульоз здатне найбільш ефективно покращити епідемічну ситуацію і тим самим зменшити інфікованість дитячого населення та випадків захворювання дітей і підлітків. Неприятливим слід вважати наявність у структурі захворюваності дітей мультирезистентного туберкульозу та туберкульозного менінгоенцефаліту. Збереження та удосконалення системи раннього виявлення та профілактики туберкульозу у дітей є одним із найвагоміших інструментів стримування розповсюдження туберкульозної інфекції у цілому. Епідемічний анамнез дітей, що захворіли на туберкульоз, переконливо продемонстрував, що боротьба з туберкульозом - це не тільки медична проблема, але й соціальна, оскільки багато в чому вона визначається також умовами життя, суспільства, сім'ї.

---

### **ЗМІНИ ТОВЩИНИ КОМПЛЕКСУ ІНТИМА МЕДІА У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ПЕРИМЕНОПАУЗІ**

Ярьсько М.В.<sup>1</sup>, Зайченко О.Е.<sup>2</sup>

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

Провідним механізмом розвитку атеросклерозу у жінок є гормональний дисбаланс, що настає на етапі перименопаузи. Численні сучасні дослідження показали, що потовщення комплексу інтима-медіасонних артерій є ранньою і найбільш чутливою ознакою атеросклерозу. Збільшення товщини інтими-медіа (ТКІМ) знаходиться в прямій залежності від рівня підвищення ендотеліну в плазмі крові у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що підтверджує роль ендотеліальної дисфункції у формуванні та прогресуванні процесів ремоделювання в судинному руслі. Васкулоендотеліальний фактор росту (VEGF) є одним з основних факторів, що впливають на функцію ендотелію. Механізмом підвищення концентрації VEGF в плазмі крові у хворих АГ може бути спадкова схильність до посиленого синтезу VEGF.

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

**Матеріали і методи:** обстежено 115 жінок з ГХ II стадії, 1–2 ступеня та ожирінням I–II ст, 45–53 років. Залежновід менопаузального статусу: 45 жінок в пременопаузі, 50 жінок в менопаузі, і 20 практично здоровихжінок в пременопаузі, як група контролю. Дослідження алельного поліморфізму – 634 C> G (RS 2010963) гена VEGF-A проводили методом полімеразноїланцюговоїреакції з електрофоретичною схемою детекції результату за допомогоюстандартної тест-системи «VEGF-ІФА-Бест». Виділення ДНК з цільноїкрові проводили за допомогою набору реактивів для виділення ДНК з клінічногоматеріалу «ДНК-сорб-В». Визначення ТКІМ проводилося ультразвукографічним методом двомірного сканування судин в В-режимі за допомогою комплексу медичного діагностичного ультразвукового «Vivid 3».

**Результати дослідження:** оцінка ТКІМ показала, що серед жінок з генотипом GG показник ТКІМ бувзначновище 1,12 [0,94; 1,19] мм в порівнянні з жінками з генотипом CC – 0,96 [0,91; 1,03] мм (< 0,05). Там не було ніяких істотних відмінностей, які порівнюють результати цих показників у пацієнтів з генотипом CG – 1,02 [0,96; 1,11] мм (p>0,05).

**Висновки:** було встановлено, що показники ТКІМ були значно вище у пацієнтів з генотипом GG поліморфізму – 634 G / C (RS 2010963) гена VEGF-A в порівнянні з генотипом CG і CC.

Таким чином, гомозиготноеносійство G-алеля гена VEGF-A можна розглядати як ранній предиктор атеросклеротичних змін сонних артерій у жінок вже на етапі перименопаузи.

---

## **ЗНАЧЕННЯ БІОІМПЕДАНСНОЇ ОЦІНКИ СКЛАДУ ТІЛА ЯК РАНЬОГО ПРЕДИКТОРУ ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ СТИЛЮ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА**

Потяженко М.М., Невойт Г.В., Люлька Н.О., Соколюк Н.Л., Ткач Л.І., Бондар О.Г., Корпан А.С.

Навчально-науковий інститут ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Неінфекційні захворювання (НІЗ), перш за все серцево-судинна патологія, продовжують залишатись головним «вбивцею» населення України і всього світу. Актуальність питань їх профілактики і раннього виявлення факторів ризику є значними. Враховуюче це, в ході дослідження «Розробка алгоритмів і технології запровадження здорового способу життя у хворих на НІЗ на підставі вивчення психоемоційного статусу» (№ держреєстрації 0116U007798) виконувався пошук

ефективних методик в цьому аспекті. Жирова тканина – активний ендокринний орган, здатний моделювати метаболічні процеси в організмі (Ahima R.S., Flier J.S., 2000; Kershaw E.E., Flier J.S. 2004), відповідальний за вивільнення запальних цитокінів/хемокінів, що мають значення як у формуванні кардіометаболічного ризику, патогенезі серцево-судинних захворювань, так і у віддаленому прогнозі для хворих. М'язи забезпечують реалізацію перебігу енергетичних і метаболічних процесів. Їх недостатня активність призводить до розладів нервово-рефлекторних зв'язків, що порушує регуляцію діяльності серцево-судинної системи, обміну речовин, психоемоційного стану людини. Саме тому склад людського тіла за параметрами жирова/м'язова тканини – важливий об'єктивний показник фізичного стану, а його зміни – ранній предиктор НІЗ. Клінічне значення має визначення не самої ваги, а співвідношення між масою жирової і кістково-м'язовою тканин. Важливо, що регіонарне розподілення виявляється важливим показником ендокринної функції жирової тканини. Вісцеральне депо жиру – ключовий прогнозатор кардіометаболічного ризику і метаболічних захворювань. Тому результати ізолюваного дослідження індексу маси тіла можуть не завжди виявлятися коректними і інформативними. Оцінка параметрів об'єм талії та об'єм талії/об'єм стегон також малоінформативні на початкових стадіях вісцерального ожиріння.

**Мета дослідження** – оптимізувати алгоритм обстеження шляхом впровадження методики оцінки регіональних депо жирової тканини з використанням монітору складу тіла BF 500 (Omron, Японія). Використовувалась модель NHF-500-E з визначенням параметрів: ваги, відсоткового вмісту жиру (5,0–60,0 % з кроком 0,1 %), рівню внутрішнього жиру (на 30-ти рівнях з кроком 1 рівень), відсоткового співвідношення скелетної м'язової тканини (5,0–50,0 % з кроком 0,1 %), обміну речовин у повному спокої (385–5000 ккал). Для оцінки можливостей саме ранньої діагностики тестувались 59 лікарів-інтернів в межах навчально-діагностичної стратегії «Лікар у боротьбі з НІЗ: почни із себе», середній вік  $24,2 \pm 0,2$  роки, 47 (79,6 %) жінки. Встановлено надлишковий вміст жирової тканини і індекс маси тіла  $\geq 25$  у 15 (30,6 %) осіб, при цьому у 5 (8,5 %) діагностовано ожиріння, з них 4 (6,8%) мають вісцеральну його форму – 3 особи з 10 рівнем, 1 з 12 рівнем. У 10 (16,9 %) встановлено перед ожиріння. При цьому 55 (93 %) респондентів мають недостатню м'язову масу без гендерних відмінностей: серед чоловіків – 10 (91,7 %), жінок – 45 (97,5 %). Таким чином використання монітору складу тіла BF 500 дало можливість оцінити об'єктивно склад тіла і виявити суттєві його відхилення на стадії умовного здоров'я. Це демонструє значний потенціал для діагностичної і профілактичної роботи на етапі ранньої діагностики. Легкість виконання, фінансова доступність, відсутність значної підготовки, незначна тривалість у часі (до 5 хвилини) дозволяють рекомендувати включення біоімпендансної оцінки складу тіла до алгоритму обстеження і технологій запровадження здорового способу життя у хворих на НІЗ.

## **ЗНАЧЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, ЩО Є НОСІЯМИ ПОЛІМОРФІЗМІВ PRO12ALA ТА TRP64ARG**

Фадєєнко Г.Д., Нікіфорова Я.В., Вовченко М.М., Буряковская О.О.  
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»,  
м. Харків

**Мета:** вивчити особливості харчової поведінки (ХП) та фактичного харчування у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖБП) на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ), що є носіями поліморфізмів Pro12Ala та Trp64Arg.

**Матеріали і методи.** Обстежено 26 хворих, у віці ( $51,0 \pm 2,4$ ) років з НАЖБП на тлі ГХ. У всіх пацієнтів проведено нутригенетичне дослідження – визначення нуклеотидних поліморфізмів генів PPARG2 та ADRB3 за допомогою полімеразної ланцюгової реакції з використанням наборів тесту обміну речовин «Лігех» (ООО НПФ), вивчені особливості ХП (за допомогою опитувальника DEBQ) та фактичне харчування (ФХ) (за допомогою додатково розробленого для цілей цього дослідження опитувальника).

**Результати.** Усі обстежені хворі ( $n=26$ ) були носіями поліморфізму Pro12Ala та Trp64Arg. З них гомозиготами Pro/Pro (носіями алелі CC) – 73 % ( $n=19$ ), гетерозиготами Pro/Ala (носіями алелю CG) ( $n=7$ ) та гомозиготами Trp/Trp (носіями алелі TT) – 88,5 % ( $n=23$ ), гетерозиготами Trp/Arg (носіями алелі TC) – 11,5 % ( $n=3$ ). Встановлено, що серед хворих на НАЖБП на тлі ГХ зустрічаються три типи порушення ХП з достовірним переважанням екстернального типу ХП над емоціогенним та обмежувальним типами (61,5 % ( $n=16$ ), 26,9 % ( $n=7$ ) та 11,6 % ( $n=3$ ), відповідно). Максимальну ступінь вираженості порушень ХП мали носії алелів CC, CG та TC на відміну носіїв алелів TT (для екстернального типу ХП – 4,5 (4,0;5,0) балів, 3,8 (3,2;4,0) балів та 3,2 (3,0;3,8) балів, відповідно) ( $p<0,05$ ), для емоціогенного 4,2 (4,4;4,8) балів, 3,6 (3,2;4,0) балів та 2,8 балів (2,2;3,2), відповідно ( $p<0,05$ )). В усіх хворих виявлені значні порушення ФХ: зловживання легкими вуглеводами, насиченими жирами, наявність недостатньої кількості поліненасичених жирних кислот, свіжих фруктів та овочів, порушення режиму харчування (проміжки між вживаннями їжі більше, ніж 4 години). Критичні порушення у ФХ (відсутність сніданку та висококалорійна пізня вечеря, щоденне вживання fastfood, солодких газованих напоїв) мали хворі, у яких ступінь порушення ХП перевищував 4,0 балів для екстернального типу (11,5 %), 2,8 балів для емоціогенного типу (7,7 %).

**Висновки.** Таким чином, вивчення особливостей харчової поведінки та фактичного харчування у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки на тлі гіпертонічної хвороби, що є носіями поліморфізмів Pro12Ala та Trp64Arg доводить наявність у даної когорти хворих трьох типів порушення ХП з достовірним переважанням екстернального тип ХП над емоціогенним та обмежувальним ти-

пами. Максимальна вираженість порушень ХП виявлена у хворих гомозигот Pro/Pro та гетерозигот Trp/Arg, що свідчить про наявність окрім генетичної схильності до підвищеного ризику розвитку та прогресування порушень вуглеводного та ліпідного обмінів, надлишкової ваги та ожиріння ще й порушень у харчуванні, що потребують своєчасної відповідної корекції з урахуванням комплексу даних нутрігенетичного дослідження та виявлених типів ХП – призначення персоналізованого харчування.

---

### **ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ВИЗНАЧЕННІ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ**

Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.

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

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, більше 4 % населення земної кулі страждає різними захворюваннями суглобів та хребта; 10 % інвалідизації пов'язано із ревматичними захворюваннями, серед яких подагра займає одне з провідних місць. У пацієнтів з подагрою, навіть у міжприступний період хвороби, наявне хронічне запалення та дисфункція ендотелію, а збільшення рівня С-реактивного білка (СРБ) в крові являється значним предиктором розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ).

**Мета дослідження** – вивчити роль рівня СРБу визначенні тяжкості перебігу подагри.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 50 хворих (чоловіки) з достовірним діагнозом подагри (згідно критеріям Wallace S.L.), середній вік яких складав  $54,5 \pm 5,6$  років, Визначення концентрації СРБ проводилося твердофазнимімуноферментним методом із застосуванням реактивів фірми Dako (Данія). В групу контролю увійшли 30 практично здорових осіб, середній вік яких  $53,5 \pm 5,2$  роки. Статистичний аналіз проводився за допомогою пакета прикладних програм STATISTICA 6.0 та «Excel» (MicrosoftOffice 2007).

**Результати дослідження.** Тривалість захворювання у середньому становила 6 років, з коливаннями від 1 місяця до 15 років. Середня кількість уражених суглобів – 5. Частота спалахів (за останні 12 місяців) – 5–26. Середній показник рівня уратів сироватки становив 492 мкмоль/л. Діапазон СРБ коливався в межах 3,0–18,6 мг/л. Проводилася оцінка за шкалою VAS (Visual analoguescale) 100 мм – від 5 до 75. На момент включення у дослідження пацієнти знаходилися в міжприступному періоді захворювання.

У хворих на подагру середній рівень СРБ становив 9,8 [10,5; 18,6] мг/л, що значно вище, ніж у контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Збільшення концентрації СРБ у 24 % пацієнтів поєднувалося з високим гіперкоагуляційним потенціалом, що визначався за ристоміцин-індукованою агрегацією тромбоцитів (PIAT). Встановлено взаємозв'язок між рівнем СРБ і клінічними проявами хвороби: на-

явність артеріальної гіпертензії (АГ) ( $r=0,52$ ,  $p<0,05$ ), метаболічного синдрому (МС) ( $r=0,40$ ,  $p<0,05$ ), підшкірних тофусів ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ), виявлення симптому «пробійника» ( $r=0,23$ ,  $p<0,05$ ).

Концентрація СРБ позитивно корелювала з деякими факторами кардіоваскулярного ризику: віком пацієнтів ( $r=0,27$ ,  $p<0,05$ ), рівнем систолічного артеріального тиску ( $r=0,32$ ,  $p<0,05$ ), загального холестерину ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), тригліцеридів ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ). Крім того, виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем СРБ та ШОЕ ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ), РІАТ ( $r=0,16$ ,  $p<0,05$ ), це свідчить про присутність запалення та дисфункції ендотелію в міжприступний період подагри, що в свою чергу може викликати прогресування атеросклеротичних змін та розвиток ССЗ.

**Висновки.** Підвищення концентрації СРБ в міжприступний період подагри є адекватним лабораторним маркером тяжкості перебігу подагри та кардіоваскулярної патології. У пацієнтів з високою концентрацією СРБ ( $>9,8$  мг/л) подагра була тривалішою за часом, а також супроводжувалася більшою кількістю уражених суглобів та загострень артриту за рік ( $p<0,05$ ).

---

### ІНФОРМАТИВНІСТЬ КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПРОГНОЗУВАННІ ЙМОВІРНОСТІ ПОВТОРНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ХОЗЛ

Гашинова К.Ю.

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

**Мета роботи** – розробка моделі прогнозування ймовірності повторної госпіталізації через загострення ХОЗЛ за допомогою інформативних клініко-анамнестичних та лабораторно-інструментальних параметрів.

**Матеріал та методи.** Проведений ретроспективний аналіз 162 історій хвороб стаціонарних хворих із загостренням ХОЗЛ. Вивчалися антропометричні показники, медичний анамнез, скарги, результати фізикального огляду, рентгенографії органів грудної клітини, ЕКГ, спірографічного дослідження з оцінкою показників після проби з бронходилататорами. Для прогнозування інтегрованого впливу параметрів на ймовірність повторної госпіталізації використовували процедуру, засновану на ймовірнісному методі Байєса та послідовному аналізі А. Вальда.

**Результати.** Проведений аналіз підтвердив інформативність та вірогідну діагностичну значущість попередньо відібраних ознак для визначення ризику багатократних госпіталізацій у хворих з загостренням ХОЗЛ. Отримані дані дозволили виділити п'ять основних та вісім додаткових критеріїв ризику повторного надходження до лікарні. До основних були віднесені: ІМТ  $< 19$ , цукровий діабет, еозінофілія крові, рівень сироваткового С-реактивного білку  $> 13$  мг/л, рівень за-

гального білку > 80 г/л. До переліку додаткових критеріїв – куріння, наявність у анамнезі будь-якої супутньої патологій, збільшення частоти дихальних рухів > 20 за хвилину, наявність задишки, участь додаткової мускулатури в акті дихання; зниження показників функції зовнішнього дихання нижче критичних значень (ОФВ1/ФЖЄЛ < 45 % належних, ОФВ1 < 45 % належних, ФЖЄЛ < 80 % належних).

**Висновки.** При наявності принаймні двох основних, або одного основного та трьох додаткових критеріїв прогноз ймовірності повторної госпіталізації внаслідок загострення ХОЗЛ є достовірним. Запропонований алгоритм допоможе практикуючому лікарю у відділенні просто й швидко прогнозувати можливість повторного тяжкого загострення і у разі високого ризику багатократної госпіталізації з'явиться підставою для більш активного медичного втручання.

---

### **КАЛЬЦИЙ И ФОСФОР ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ В СРАВНЕНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ**

Самохина Л.М., Якименко Ю.С.

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

**Цель** – исследовать содержание кальция и фосфора в сыворотке крови пациентов с диабетической нефропатией (ДН) и гипертонической болезнью (ГБ) на фоне базовой терапии.

Обследовано 35 больных среднего и пожилого возраста с ДН II–IV стадий, 20 больных с ГБ до и после лечения. Стадию ДН устанавливали согласно С. Mogensen (1981 г.), стадию ГБ или вторичной артериальной гипертензии – согласно рекомендациям ВОЗ и Международной ассоциации гипертензии (2007 г.). Контрольная группа – 8 здоровых лиц (22,1±1,2 г.), отобранных с учетом соответствия концентрации фосфора референтным значениям. Больным назначали базовую нефропротекторную и антигипертензивную терапию с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. В сыворотке крови определяли концентрации кальция и фосфора с использованием наборов реагентов фирмы Corma (Польша) и биохимического анализатора СЕМ-7 фирмы ERBA Mannheim (Чехия).

Выявлено до лечения повышение концентрации кальция по сравнению с контролем у мужчин с ДН и у женщин с ГБ пожилого возраста, снижение – при ГБ у мужчин и женщин среднего возраста. Возраст, скорость клубочковой фильтрации могут нарушить гомеостаз кальция и вызвать изменения Ca<sup>2+</sup>-регуляторных механизмов. При хронической болезни почек увеличение кальция может обуславливать активацию кальпаинов, что связано с развитием кальцификации сосудов, гломерулярных изменений, аномальной трансгломерулярной секреции протеинов плазмы крови. После лечения отмечено снижение концентрации каль-



ция у жінок з ГБ пожилого віку до контрольного рівня, а при ДН у жінок – зниження нижче контрольного рівня, у чоловіків – підвищення. Останнє обумовлено, скоріше всього, підвищеною внутрішньочечною активністю ренин-ангіотензинової системи (РАС) і потребує більш тривалого терміну лікування. Зниження активності РАС може забезпечувати зменшення притоку кальцію, при цьому зниження кальцію нижче контрольного рівня вважається небажаним в зв'язку з можливістю ускладнень.

Виявлено підвищення концентрації фосфору при ДН, яке варіювало в залежності від статі та віку хворих і було менш виражено порівняно з ГБ. При цьому вище порівняно з контролем у всіх хворих ДН, крім жінок середнього віку та чоловіків пожилого віку, а в групі ГБ вище у похилих жінок і у всіх чоловіків. Високі концентрації фосфору в крові незалежно пов'язані з судинною кальцифікацією та артеріальною жорсткістю. Після лікування відмічено у жінок з ГБ середнього віку – підвищення, а у похилих жінок, у всіх чоловіків з ГБ, а також при ДН – зниження концентрації фосфору, при цьому у хворих з ДНІІІ – до нормальних значень, а при ДНІV – нижче контрольного рівня. Для кращого контролю рівня фосфору можливо взяти до уваги фактор росту фібробластів 23, його зв'язування з рецептором комплексу Klotho / FGFR1c в епітеліальних клітинах ниркових каналців призводить до подальшого виділення фосфору з організму.

Таким чином, при ДН, як і при ГБ, спостерігаються вік- та статеві зміни концентрації кальцію та фосфору, найбільш виражені при ГБ, які нормалізуються після стаціонарного курсу лікування, крім концентрації кальцію при ДН у чоловіків та фосфору при ГБ у жінок середнього віку.

---

## **КЛІНІЧНІ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ІДІОПАТИЧНИЙ ЛЕГЕНЕВИЙ ФІБРОЗ**

Перцева Т.О., Кіреєва Т.В., Белослудцева К.О.

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

Ідіопатичний легеневи́й фібро́з (ІЛФ) – це специфічна форма хронічної прогресуючої інтерстиціальної фіброзуючої пневмонії невідомої природи, що спостерігається в основному у осіб похилого і старечого віку, характеризується різким обмеженням легеневої функції та асоційована з гістологічним і/або рентгенологічним патерном звичайної інтерстиціальної пневмонії. У зв'язку з тим, що захворювання вже вийшло з групи рідких та швидко розповсюджується, а також з вкрай поганим прогнозом для виживання при ньому, актуальним є продовження вивчення цієї легеневої патології.

Саме тому метою дослідження було встановити особливості клінічних проявів, спірометричних та рентгенологічних змін у хворих на ІЛФ.

**Матеріали і методи.** Обстежено 15 хворих з підтвердженням (за допомогою виділення специфічного патерну при комп'ютерній томографії (КТ) з високою роздільною здатністю легень). Проведено загальне обстеження, пульсоксиметрію, дифузійну здатність легень, спірометрію, електрокардіографію, загальне та біохімічне дослідження крові.

**Результати.** Демографічними особливостями хворих були вік від 52 до 71 років та переважання чоловіків (11 або 73,3 %), що збігається з літературними даними. Враховуючи дані клінічного обстеження та додаткових інструментальних методів дослідження у хворих на ІЛФ переважав синдром дихальної недостатності. При цьому ЧД склала  $21,5 \pm 0,4$  рухів за 1 хв., середній показник сатурації був низьким і склав  $88,7 \pm 1,1$  %. Спірометричними особливостями були наявність виразних вентиляційних порушень за рестриктивним типом або за змішаним типом з переважанням рестрикції. Втім у 5 випадках (33,3 %) функція зовнішнього дихання не була порушена зовсім. Особливу діагностичну значущість мало дослідження дифузійної здатності легень, при цьому середній показник, вікорегований до гемоглобіну (DLCOc) склав  $29,7 \pm 1,9$  % належного). КТ-ознаками були (рис. 1) ретикулярні тіні (1), тракційні бронхоектази (2), «сотова легеня», що має вигляд групових кістозних повітряних просторів (3), які розташовуються субплеврально і мають базальний і периферичний розподіл; «матове скло» (4) не настільки виражено як ретикулярні зміни.

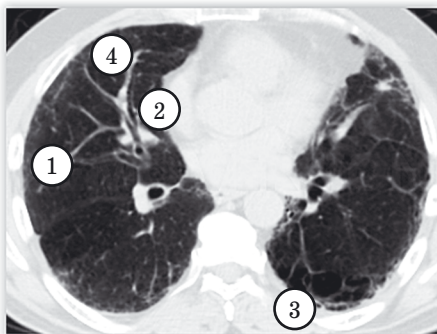


рис. 1

**Висновок:** за наявності прогресуючої задишки нез'ясовної етіології, що супроводжується рестриктивними змінами на спірограмі та вкрай низькою сатурацією слід обов'язково робити КТ легень та, за можливостю, визначати дифузійну здатність легень.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Хомазюк Т.А., Ханюков А.А., Кротова В.Ю., Голубицкая Е.В.  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»  
КУ «ДГКБ № 2 ДООС», г. Днепр

**Актуальность.** Предполагается, что число лиц преклонного возраста в Европе к 2030 г. составит более 30 % населения. У 10–30 % пожилых людей имеют место те или иные изменения когнитивных функций.

**Цель.** Анализ распространения и структуры когнитивных нарушений и качества жизни у пациентов пожилого возраста с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 ст.

**Материалы и методы.** Обследовано 48 пациентов пожилого возраста герiatricкого отделения стационара с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 ст. при получении информированного согласия на участие в исследовании. Средний возраст обследованных составил  $67,8 \pm 4,1$  г. Структура полиморбидной патологии была следующей: сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца у 14 б-х, гипертоническая болезнь у 8 б-х); заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь 12-перстной кишки у 3 б-х, желчекаменная болезнь – 7 б-х); хронический пиелонефрит 11 (б-х); варикозная болезнь нижних конечностей (3 б-х); хронический бронхит (2 б-х), у всех были проявления остеоартрита крупных и/либо мелких суставов. У 12,4 % обследованных диагностировали 5 заболеваний протекающих одновременно, у 29,2 % – 4; у 41,7 % – 3 и у 16,7 % – 2. Всем больным провели комплексное обследование в соответствии с протоколами МОЗ Украины по основному заболеванию, приведшему к госпитализации, а также нейро-психологическое обследование с оценкой когнитивных функций по методике MoCA-тест. Качество жизни изучено с помощью методики «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY». Критериями не включения в исследование были: ишемический и/или геморрагический инсульт, черепно-мозговая травма в анамнезе, злоупотребление алкоголем и/или наркотическими веществами, онкологические заболевания, оперативные вмешательства на мозге в анамнезе. Все, включённые в исследование больные, получали комплексную терапию по основному заболеванию. Статистическая обработка результатов проводили с использованием пакета программ STATISTICA v.6.1® (StatsoftInc., США).

**Результаты.** При анализе когнитивных функций по методике MoCA-тест установлено, что у пациентов пожилого возраста формируются КН, при этом, у 14,6 % – были легкие КН, у 64,6 % – умеренные КН и у 20,8 % – деменция легкой степени. При анализе жалоб больных выявили определенные закономерности: ухудшение памяти из-за снижения производительности процессов внимания, нарушение запоминания при сохранении долговременной памяти, быструю утомляемость, что отражалось на показателях качества жизни этих больных. Особенно у пожилых пациентов страдало социальное функционирование и уровень его

составил  $44,54 \pm 13,01$  баллов, при этом уровни общего здоровья и жизненной силы составили  $50,82 \pm 15,73$  и  $56,36 \pm 15,83$  баллов, соответственно. Показатель ментального здоровья составил  $60,36 \pm 15,10$  баллов, а уровень эмоционально-ролевого функционирования –  $48,55 \pm 14,08$ , а физическое функционирование –  $80,91 \pm 16,07$  баллов.

**Выводы.** У пациентов пожилого возраста с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 ст. имеют место когнитивные нарушения разных степеней тяжести, во многом определяющие эффективность медицинской реабилитации. Для улучшения качества жизни геронтологических больных, для сохранения их социальной функции в семье и обществе необходимо активно проводить диагностику, коррекцию, а также своевременно планировать профилактику когнитивных нарушений.

---

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Азаренко В.Е., Потабашний В.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Кривой Рог

На сегодняшний день одной из основных проблем среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — неизбежное следствие прогрессирования всех ССЗ Семнадцать исследований пациентов с ХСН ( $n = 29,456$ ) выявили суммарную распространенность умеренных когнитивных нарушений у пациентов с ХСН 32 % (95 % ди: 22 %, 43 %) и мягких когнитивных нарушений 31 % (95 % ди 23 %, 40 %). [<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.01.014>] Даже при учете всех дополнительных факторов (возраст, АГ, предшествовавшие цереброваскулярные заболевания) оценка по MMSE у пациентов с сердечной недостаточностью в среднем на 1 балл ниже, чем у пожилых лиц с заболеваниями сердца, не имевших сердечной недостаточности. О связи между когнитивными функциями с сердечной недостаточностью свидетельствует также тот факт, что среди пациентов с когнитивным расстройством чаще обнаруживается сердечная недостаточность, чем среди когнитивно сохраненных лиц

**Цель исследования** – изучить когнитивные нарушения у больных с сердечной недостаточностью.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 43 пациента, среди которых 23 мужчины и 20 женщин, средний возраст 68,6 лет. У 9 (20,9 %) пациентов наблюдалась сердечная недостаточность I функционального класса по NYHA, у 27 (62,7 %) – сердечная недостаточность II функционального класса по NYHA, у 7 (16,2 %) сердечная недостаточность III функционального класса по NYHA. Информированное согласие на участие в исследовании подписали все больные.

Оценка когнитивного функционирования проводилась при помощи краткого исследования когнитивного статуса (MMSE, Folstein M. et al., 1975). Оценка степени когнитивных нарушений проводилась соответственно следующих значений MMSE: 28–30 баллов – нарушение когнитивных функций отсутствует; 27–26 баллов – легкие когнитивные нарушения; 25–24 балла – умеренные когнитивные нарушения; 23 балла и ниже – деменция.

**Результаты исследования.** Согласно проведенному тестированию, отсутствие когнитивных нарушений выявлено у 9 (20,9 %) обследованных. У 11 (25,58 %) пациентов выявлены легкие когнитивные нарушения (26–27 баллов по шкале MMSE), у 19 (44,1 %) выявлены умеренные когнитивные нарушения (средний балл по MMSE-25).

Среди пациентов с сердечной недостаточностью I функционального класса по NYHA средний балл по MMSE составил 27, что соответствует легким когнитивным нарушениям, среди пациентов с сердечной недостаточностью II и III функционального класса по NYHA средний балл по MMSE составил 25, что соответствует умеренным когнитивным нарушениям.

**Выводы:** полученные результаты свидетельствуют о значительной распространенности когнитивных нарушений у больных с сердечной недостаточностью, зависимости степени выраженности когнитивных расстройств от функционального класса сердечной недостаточности, что указывает на необходимость проведения тестирования данной категории больных на предмет выявления нарушений когнитивного функционирования и их своевременной коррекции.

---

## КОМПЛАСНС ДО МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ І МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНІ ФОРМИ ІХС: РЕЗУЛЬТАТИ ТРИРІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Караванська І.Л.<sup>1</sup>, Биковська Л.Ю.<sup>2</sup>, Чвора Д.Л.<sup>2</sup>, Гавура Л.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» м. Дніпро

**Актуальність.** Удосконалення первинної і вторинної профілактики для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями необхідно для зниження смертності у групі населення з цією поширеною патологією. Прихильність пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) до призначеної терапії залишається досить низькою, що призводить до гірших наслідків і більш високої вартості лікування.

**Мета дослідження:** Оцінити ефективність вторинної профілактики у хворих на стабільні форми ІХС з урахуванням прихильності до медикаментозної терапії, модифікації способу життя та кількості уражених коронарних артерій (КА) за 3 роки спостереження.

**Матеріали та методи дослідження:** В дослідженні прийняли участь 176 пацієнтів із стабільними формами ІХС: 110 (74,6 %) чоловіків (середній вік

( $M \pm m$ ) –  $61,6 \pm 0,21$ ) та 66 (25,4 %) жінок (середній вік ( $M \pm m$ ) –  $63,5 \pm 0,39$ ). З урахуванням кількості уражених коронарних артерій (КА) пацієнтів було розподілено на 3 групи: 1 група – з інтактними КА (15,3 %), 2 група – з одно- та дво-судинним ураженням КА (38,1 % і 30,1 % відповідно), 3 група – з ураженням трьох і більше КА – 17,1 %. Інфаркт міокарду (ІМ) в анамнезі у 54 чоловіків та 13 жінок. Кожні 3 місяці протягом перших 2 років (2014–2015 р.), та кожні 6 місяців протягом 3-го року (2016 р.) в кабінеті вторинної профілактики ІХС, створеному на базі КЗ «Дніпровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова», пацієнтам проводилося: вимірювання артеріального тиску (АТ) та ЧСС у спокої, визначення середнього домашнього АТ за даними щоденників, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), визначення показників ліпідограми, проведення електрокардіографічного дослідження (ЕКГ), визначення дотримання модифікації образу життя. Прихильність хворих до медикаментозної терапії оцінювали за допомогою опитувальника Моріскі-Гріна. Рівень прихильності визначався як високий при усуненні факторів ризику (ФР) більш ніж в 80 % випадків, середній – в 20–80 % випадків, низький – менш ніж в 20 % випадків. Отримані результати оцінювали за допомогою критерію (t) Стьюдента, ( $p \leq 0,05$ ) та коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (r).

**Результати дослідження.** За результатами тесту Моріскі-Гріна на 1 візиті серед амбулаторних хворих на ІХС 52,3 % мали низьку прихильність до прийому призначених препаратів, що кореляційно співвідноситься з відсутністю досягнення цільових рівнів загального холестерину (ЗХС), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та АТ ( $r=0,45$   $p<0,05$ ). Були надані рекомендації щодо медикаментозного лікування та дотримання здорового способу життя, а при наявності ФР – рекомендації з їхньої корекції. Через 6 місяців кількість осіб з низькою прихильністю до лікування достовірно зменшилась до 38,1 % ( $p<0,05$ ), через рік – до 35,2 % ( $p<0,05$ ), через 2 роки – до 25 %, та через 3 – до 22,2 %.

Гендерні особливості: через рік – високий рівень комплаєнсу до статинотерапії досягла група чоловіків (83,0 %), до антигіпертензивної терапії – група жінок (81,3 %).

Найкраща прихильність до статинотерапії та антигіпертензивної терапії (через 6 місяців) спостерігалась в групах з ураженими КА, на відміну від групи з інтактними КА ( $p<0,05$ ). Найгірші показники утримання цільового рівня ЗХС на кінець першого року дослідження показала група з ураженням трьох і більше КА – 72,6 % ( $p<0,05$ ), а контролю АТ – група з інтактними КА. Оцінка рівня прихильності до модифікації способу життя показала, що найкраще дотримались рекомендацій пацієнти у відмові від паління – (100,0 % пацієнтів з палінням в анамнезі), а по досягненню  $ІМТ < 25 \text{ кг/м}^2$  – пацієнти 2 та 3 групи (44,3 %).

**Висновок.** У пацієнтів 2-ї та 3-ї групи зберігалась прихильність до медикаментозної терапії та модифікації способу життя протягом трьох років спостереження у порівнянні з пацієнтами 1-ї групи (інтактні КА). Гендерні особливості: жінки більш прихильні до антигіпертензивної терапії, але гірше контролюють рі-

вень ліпідемії, частіше страждають порушеннями вуглеводного обміну; чоловіки краще контролюють АТ, рівень ЗХС, ХС ЛПНЩ.

Сприяє підвищенню прихильності до лікування в амбулаторних умовах у хворих на стабільні форми ІХС використання комплексного підходу з одночасним застосуванням вдосконалених і традиційних методів (щоденники самоконтролю + видача пам'яток + активний лікарський контроль з повторним скринінгом серцево-судинних факторів ризику, моніторинг дотримання рекомендацій лікаря, участь у програмі кардіальної реабілітації). Це більш ефективно, ніж використання кожного з методів окремо.

---

### **КОНЦЕНТРАЦИЯ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 23 В ПЕРЕФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Топчий И.И., Якименко Ю.С., Гальчинская В.Ю.

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

Диабетическая нефропатия (ДН) является одной из основных причин ранней инвалидизации и смертности больных с сахарным диабетом. В последнее время ведется активный поиск новых диагностических методик и прогностических маркеров прогрессирования ДН. Особый интерес уделяют изучению фактора роста фибробластов 23 (FGF23) – новый регулятор почечного метаболизма фосфатов. Кроме этого FGF23 рассматривают как новый независимый фактор сердечнососудистого риска у больных с патологией почек.

**Целью нашего исследования** было изучение концентрации FGF23, фосфора и кальция в крови пациентов с ДН на разных стадиях заболевания.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 68 пациентов с ДН в возрасте от 40 до 75 лет. Больные были распределены на группы в зависимости от стадии ДН. Первую группу составили 22 пациента с ДН I–II стадии, вторую группу 18 пациентов с ДН III ст. В четвертую группу вошли 28 больных с ДН IV. Концентрация кальция и фосфора в сыворотке крови определялась с помощью набора реагентов фирмы Согмау (Польша). Концентрацию FGF23 в крови больных определяли иммуноферментным методом, с помощью стандартных планшетов фирмы Biomedica (Австрия).

**Результаты исследования:** было выявлено достоверное повышение концентрации FGF23 в крови больных с ДН уже на ранних стадиях заболевания, так в первой группе с ДН I–II концентрация FGF23 составила  $(1,47 \pm 0,11)$  пмоль/л, контроль  $(0,74 \pm 0,11)$  пмоль/л. Значительных изменений показателей минерального обмена на ранних стадиях выявлено не было. Концентрация кальция в крови больных первой группы составила  $(3,04 \pm 0,11)$  ммоль/л, контроль  $(2,88 \pm 0,12)$  ммоль/л, а концентрация фосфора –  $(1,26 \pm 0,12)$  ммоль/л, контроль –  $(1,23 \pm 0,18)$  ммоль/л. Прогрессирование нефропатии сопровождалось более

выраженным повышением FGF23. У пациентов второй группы с ДН III стадии концентрация изучаемого фактора составила  $(2,34 \pm 0,14)$  пмоль/л., концентрация кальция и фосфора достоверно не изменялась и составила  $(2,79 \pm 0,1)$  ммоль/л и  $(1,57 \pm 0,11)$  ммоль/л, соответственно. Наиболее значительный рост уровня FGF23 определялся на поздних стадиях ДН. В третьей группе больных уровень FGF23 повысился до  $(6,06 \pm 0,54)$  пмоль/л. Гиперфосфатемия была выявлена на в третьей группе у пациентов с ДН IV стадии, так концентрация фосфора составила  $(2,35 \pm 0,24)$  ммоль/л,  $p < 0,05$ . Уровень кальция у пациентов третьей группы снижался и составил  $(2,62 \pm 0,12)$  ммоль/л.

**Выводы.** У больных с ДН уже на ранних стадиях был выявлен высокий уровень FGF-23, который практически в два раза превышает контрольные значения. Наиболее высокий уровень FGF-23 был выявлен на поздних стадиях заболевания.

Также были выявлены изменения минерального обмена у больных с ДН, которые характеризовались гиперфосфатемией и гипокальциемией. Наиболее высокие уровни фосфора и самые низкие уровни кальция были выявлены на поздних стадиях заболевания.

---

#### МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

Рудник В.Т., Симчич Х.С., Гуранич Т.В., Романуха В.В., Чаплинська Н.В.  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
м. Івано-Франківськ

За останні 10 років частота анемії при вагітності і після пологів збільшилася у 6,3 рази. Анемія при вагітності є патологічним фоном для виникнення ускладнень у вагітних, породіль і плода. Практично, у кожній вагітній в третьому триместрі розвивається прихований дефіцит заліза, на фоні якого у 30–40 % жінок – залізодефіцитна анемія. Наявність анемії несприятливо впливає на перебіг вагітності і спричиняє ризик наступних ускладнень: пізні гестози, передчасні пологи, загроза переривання вагітності, патологія плаценти, передчасне відшарування плаценти, гіпотонічні кровотечі, зростання частоти оперативних втручань (кесарів розтин, накладення щипців, внутрішньоматкові маніпуляції), патологія післяпологового періоду (гнийні ускладнення, гіпогалактія), гостра внутрішньоутробна гіпоксія плода, достовірне зниження антропометричних показників новонароджених, тривалий перебіг фізіологічної жовтяниці, значна втрата маси тіла новонароджених, ризик енцефалопатії, респіраторних захворювань малюків.

Поповнення запасів заліза в організмі вагітних і породіль традиційно здійснюється прийомом препаратів заліза, однак, довготривала феротерапія, як правило, має побічні ефекти, частіше зі сторони шлунково-кишкового тракту, а в деяких випадках є неефективною. Неефективність феротерапії пов'язують не тільки з особливостями всмоктування і транспорту заліза в організмі, але і з виключно важливою роллю, яку відіграє в еритропоезі еритропоетин.



Головний регулятор еритропоезу – еритропоетин – у матері і плода утворюється у різних місцях, а плацента створює бар'єр для еритропоетину. Цей важливий факт є передумовою для використання рекомбінантного еритропоетину в лікуванні анемії вагітних.

Причинами неефективності традиційних схем лікування можуть слугувати як наявність хронічних захворювань у жінки, у тому числі і інфекційних (хронічна хвороба нирок, цукровий діабет), так і порушення пристосувальних механізмів кровотворення. Все це зумовлює патологію перебігу гестації, пологів, несприятливо впливає на розвиток плода, і змушує до призначення гемотрансфузійної терапії, що є додатковим ризиком виникнення набутих коагулопатій (ДВЗ синдрому), розвитком гемотрансфузійних інфекцій, тощо.

**Метою нашого дослідження** було вивчення особливостей перебігу післяпологового періоду та підвищення ефективності лікування анемії вагітних при застосуванні рекомбінантного еритропоетину в поєднанні із залізовмісною терапією. Нами обстежено 16 жінок у третьому триместрі вагітності з анемією важкого ступеня. Першу групу склали 6 жінок, у яких корекцію анемії проводили за допомогою рекомбінантного еритропоетину та препаратів заліза. Друга група – 10 жінок, які приймали тільки препарати заліза. У першій групі рівень гемоглобіну, у середньому, становив  $68 \pm 2,0$  г/л, у другій групі –  $65,5 \pm 2,3$  г/л. Перебіг вагітності ускладнювався загрозою невиношування в 3 жінок першої групи, та в 4 – другої, пізнім гестозом у переважної більшості обстежених. Усім жінкам першої групи призначався рекомбінантний еритропоетин (Рекормон, Еповітан) в дозі 2 тис МО п/шк через день в поєднанні із пероральним прийомом Сорбіферу-Дурулес в дозі 200 мг на добу упродовж від 2 тижнів – до місяця. Вагітні другої групи отримували тільки препарат заліза в такій же дозі.

**Результати дослідження** засвідчили, що рівень гемоглобіну у жінок першої групи зростав значимо швидше, і становив  $80,1 \pm 2,1$  г/л, що супроводжувалося зменшенням клінічних ознак гіпоксії та гестозу, у той час, як у жінок другої групи рівень гемоглобіну становив, у середньому  $69,4 \pm 1,6$  г/л. У всіх жінок відмічалася задовільна переносимість призначеної терапії.

Таким чином, у план лікування анемічного синдрому у вагітних жінок у передпологовому та ранньому післяпологовому періоді слід включати препарати еритропоетину в поєднанні із адекватними дозами заліза.

## МОЖЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ СУРФАКТАНТНОЇ СИСТЕМИ ЛЕГЕНЬ ПРЕПАРАТОМ ФОСФАТИДИЛХОЛІН У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Штепа О.О.<sup>1</sup>, Моїсєєва Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро

Сурфактантна система є специфічним механізмом захисту легень, тому порушення її стабільності відіграє важливу роль у патогенезі багатьох захворювань. Важливість фосфатидилхоліну, як одного з основних ліпідів сурфактанту, в можливості чинити інгібуючу або протизапальну дію та виступати фактором нормалізації багатьох метаболічних процесів патогенетичної ланки.

**Мета.** Визначити вплив препарату фосфатидилхоліну (ФХ) на стан сурфактантної системи легень у хворих на інфекційне загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ІЗ ХОЗЛ) у доповнення до стандартної лікувальної програми.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 27 хворих на ІЗ ХОЗЛ, яких було розподілено на дві групи в залежності від включення в терапевтичну програму препарату ФХ. До I групи увійшло 13 хворих на ІЗ ХОЗЛ без призначення ФХ зі стандартною терапією, до II групи – 14 хворих на ІЗ ХОЗЛ з включенням до лікувальної програми препарату ФХ. Групу контролю склали 10 практично здорових осіб. Усім хворим проводились загальноклінічне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання, рентгенологічне дослідження, визначався рівень сурфактантного білка D (SP-D) у плазмі крові в інтервалах першої, третьої та дев'ятої доби від моменту надходження хворого до стаціонару. У якості препарату сурфактантної терапії використовувався препарат ФХ – «Ліпін». Реєстраційне посвідчення № UA/3528/01/01, № UA/3528/01/02, № UA/3528/01/03, що затверджено Наказом МОЗ України № 655 від 06.08.2010. Препарат призначався в разовій дозі 10 мг/кг маси тіла на одну інгаляцію 2 рази на день. Курс лікування 5 днів.

**Результати.** Отримані результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Групи	SP-D, 1-ша доба Me [25–75 %] нг/мл	SP-D, 3-тя доба Me [25–75 %] нг/мл	SP-D, 9-та доба Me [25–75 %] нг/мл
ІЗ ХОЗЛ без ФХ	586,487 [451,351–805,376]*#	532,375 [413,984–689,346]*	417,568 [248,713–543,430]*#
ІЗ ХОЗЛ з ФХ	738,844 [542,090–942,508]*#	649,445 [411,772–848,149]*	342,960 [239,232–666,341]*#
Група контролю	240,400 [164,744–380,000]		

Примітка: \* –  $p < 0,05$  по критерію Вілкоксана  
° –  $p < 0,05$  по критерію Манна-Уїтні відносно групи контролю  
# –  $p < 0,05$  по критерію Манна-Уїтні між групами

У хворих на ІЗ ХОЗЛ вихідний рівень SP-D за період з першої до третьої доби поступово знижувався в обох групах, зберігаючи різницю по відношенню до групи контролю. Призначення ФХ сприяло достовірному ( $p < 0,05$ ) зниженню рівня SP-D на дев'яту добу відносно групи зі стандартною лікувальною програмою, при цьому достовірної різниці в II групі відносно контрольної не було ( $p > 0,05$ ), тоді як у I групі рівень SP D був достовірно вищим від групи контролю ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Призначення препарату ФХ хворим на ІЗ ХОЗЛ у доповнення до стандартної лікувальної програми прискорює відновлення стабільності сурфактантної системи легень, знижуючи виразність запального процесу.

---

### НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ: ЯКУ ШКАЛУ ОБРАТИ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЯ ЛІКУВАННЯ?

Дмитриченко В.В.<sup>1</sup>, Руденок О.Г.<sup>2</sup>, Чепуркова О.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро

Це дослідження було зроблено з метою оцінити прогностичну цінність більшості відомих систем оцінки негоспітальної пневмонії: PORT (індекс PSI), CURB-65, CRB-65 та SMRT-CO для визначення найкращого місця лікування.

**Матеріали і методи.** В проспективне дослідження були включені амбулаторні і стаціонарні пацієнти з діагностованою негоспітальною пневмонією. В усіх хворих на початку лікування проводилась оцінка симптомів, пульсоксиметрія, рентгенографія грудної клітини та визначення рівнів лабораторних показників: АСТ, АЛТ, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, глюкози, креатиніну, сечовини крові, а також були використані шкали PSI, SMRT-CO, CURB-65, CRB-65. Для оцінки діагностичної цінності різних шкал використовували ROC-аналіз з розрахунком площі під кривою (AUC).

**Результати.** При аналізі 125 результатів тестування за шкалою PORT та індексом PSI було отримано наступні дані: потребували лікування в амбулаторних умовах 102 (81,6 %) хворих (до I класу PSI увійшли 67 (65,7 %) хворих, до II класу PSI – 35 (34,3 %) пацієнтів), потребували короткострокової госпіталізації лише 19 (15,2 %) хворих, які склали III клас PSI, потребували госпіталізації достаціонару (відділення терапії або пульмонології) лише 4 (3,2 %) пацієнти IV класу PSI. Пацієнтів, які потребували госпіталізації та лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВІТ) не було. За шкалою CURB-65: потребували лікування в амбулаторних умовах 123 (98,4 %) пацієнти, з них 0 балів отримали 93 (75,6 %) хворих, 1 бал – 30 (24,4 %) пацієнтів; потребували короткострокової госпіталі-

зації або лікування в умовах денного стаціонару 2 (1,6 %) пацієнти (за шкалою набрали 2 бали). Пацієнтів, які потребували госпіталізації в стаціонар (3 бали) або ургентної госпіталізації у ВРІТ (4–5 балів за шкалою) серед досліджуваних не було. За результатами спрощеної шкали CRB-65 отримані наступні результати: лікування в амбулаторних умовах (0 балів) потребували 93 (74,4 %) пацієнти, розглядалось питання про можливу госпіталізацію серед 32 (25,6 %) хворих, з них 1 бал отримано в 31 (96,9 %) пацієнта, 2 бали було зафіксовано лише в 1 (3,1 %) хворого. Однак пацієнтів, які за цією шкалою потребували ургентної госпіталізації до стаціонару, також не виявлено. За результатами шкали SMRT-CO кількість пацієнтів, які потребували лікування в амбулаторних умовах, становила 103 (82,4 %) особи, серед них дуженький ризик потреби в респіраторній підтримці та вазопресорах мали 82 (79,6 %) пацієнти, низький ризик потреби в респіраторній підтримці та вазопресорах – 21 (20,4 %) хворий. Потребували госпіталізації в стаціонар 22 (17,6 %) пацієнти, з них лікування та нагляду в умовах ВРІТ з високим ризиком потреби в респіраторній підтримці та вазопресорах потребували 12 (54,5 %) осіб. За результатами ROC-аналізу SMRT-CO мала краща точність діагностики для лікування в амбулаторних умовах ( $AUC=0,650$ ), ніж інші оцінки ( $AUC_{CRB-65}=0,569$ ;  $AUC_{CURB-65}=0,513$ ;  $AUC_{PSI}=0,579$ ). SMRT-CO також мала найвищу точність діагностики для госпіталізації до ВРІТ ( $AUC=0,872$ ), в порівнянні з іншими шкалами (CRB-65, CURB-65, PSI) з неможливістю отримати надійні рекомендації ( $AUC=0,500$ ).

**Висновки.** Оцінка за шкалою SMRT-CO має найкращу точність для вибору місця лікування хворих з негоспітальною пневмонією.

---

## ОКРЕМІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ ПРИ ПОДАГРИ

Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.

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

Зростають показники поширеності подагри як у всьому світі (190 випадків на 100 тис. населення), так і в Україні (167 випадків на 100 тис. населення). За останніми даними пік захворюваності у чоловіків припадає на вік 30–55 років, у жінок – 55–70 років. Вважається, що ураження серцево-судинної системи виникає близько у 50 % хворих у перші 6–10 років з моменту дебюту захворювання. Найбільш часта коморбідна патологія у пацієнтів з подагрою – це артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС) та ожиріння.

**Мета дослідження** – встановити основні клінічні та лабораторні маркери розвитку серцево-судинних ускладнень при подагрі.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 50 хворих чоловіків з достовірним діагнозом подагри (згідно критеріям АCR, EULAR 2015 р.), середній вік яких складав  $50,2 \pm 4,1$  років. Клінічний та біохімічний аналізи крові вико-

нувалися уніфікованими методами. Стан загальних сонних артерій (ЗСА) оцінювався за значенням товщини інтима-медіа (ТІМ). Оцінку структурних змін кісток та навколишніх тканин проводили за допомогою рентгенологічного методу дослідження та УЗД. Статистичний аналіз проводився за допомогою пакета прикладних програм STATISTICA 6.0.

**Результати дослідження.** Тривалість захворювання у середньому становила 6 років. Середня кількість уражених суглобів – 5. В перші 5 років захворювання за медичною допомогою звернулося 36 % хворих, 64 % пацієнтів звернулося в більш пізні терміни. Середній показник рівня уратів сироватки становив 492 мкмоль/л. Діапазон СРБ коливався в межах 3,0–18,6 мг/л. Оцінка болю за шкалою VAS 100 мм – від 5 до 75. Спостерігався різний діапазон тяжкості хвороби (у 40% пацієнтів виявлені тофуси).

Розподіл коморбідної патології у пацієнтів з подагрою відбувся наступним чином: АГ визначалася у 74 % пацієнтів, метаболічний синдром (МС) – у 54 %, ІХС – у 40 %, цукровий діабет (ЦД) 2 типу – у 24 %. Збільшення концентрації СРБ більше 8,0 мг/л спостерігалось у 32 % пацієнтів, у 16 % воно поєднувалось з високим гіперкоагуляційним потенціалом, що визначався за ристоміцин-індукованою агрегацією тромбоцитів (РІАТ). Встановлено кореляційний зв'язок між рівнем СРБ і клінічними проявами хвороби: частотою АГ ( $r=0,33$ ;  $p<0,01$ ), МС ( $r=0,29$ ;  $p<0,01$ ), наявністю підшкірних тофусів ( $r=0,24$ ;  $p<0,05$ ), симптому «пробійника» ( $r=0,22$ ;  $p<0,05$ ). Концентрація СРБ та РІАТ корелювали з ТІМ ЗСА ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ) і ( $r=0,22$ ;  $p<0,05$ ), відповідно. Крім того, останні показники корелювали з окремими факторами ризику кардіоваскулярних подій, такими як САТ, рівень загального холестерину, ХС-ЛПНЩ, тригліцеридів. Встановлено статистично значущий зв'язок між зростаючими значеннями ТІМ ЗСА і наявністю у хворих на подагру ІХС ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), ЦД 2 типу ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ). ТІМ ЗСА не корелювала з АГ та МС ( $p>0,05$ ). При кореляційному аналізі виявлено взаємозв'язок РІАТ з віком обстежених пацієнтів ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ) і рівнем ШОЕ ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ).

**Висновки.** ТІМ ЗСА достовірно корелює з РІАТ і рівнем СРБ. Водночас, підвищена концентрація СРБ і прискорена РІАТ частіше зустрічається у пацієнтів, що страждають на подагру в поєднанні з АГ, ІХС та ожирінням. При збільшенні СРБ, РІАТ, ТІМ ЗСА зростає ризик розвитку серцево-судинних подій у хворих на подагру, що зумовлює необхідність моніторингу лікарями даних показників.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ І ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Настрога Т.В., Іщейкін К.Є., Потяженко М.М

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У наш час перед клінічною медициною стоїть одна із складних проблем, а саме поєднаний перебіг хронічних захворювань у людини. Одним із частих коморбідних станів є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і артеріальна гіпертензія (АГ), що призводить до формування синдрому взаємного обтяження і потребує нових підходів до розробки тактики лікування таких пацієнтів.

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність лікування хворих з поєднаною патологією на АГ і ХОЗЛ на першому рівні надання медичної допомоги лікарями загальної практики сімейної медицини, із застосуванням комбінованого препарату Діфорс на фоні базисної терапії.

**Методи дослідження.** Під нашим спостереженням перебувало 70 хворих на АГ II ст. у поєднанні з ХОЗЛ II ст. гр. В. Середній вік пацієнтів становив  $53,8 \pm 1,7$  років. Пацієнти були розподілені на дві групи: першій – контрольній ( $n=35$ ) призначали загальноприйнятну терапію при інфекційному загостренні ХОЗЛ (антибактеріальні препарати і муколітики протягом 10 днів, бронхолітичну терапію), в якості антигіпертензивної терапії: валсартан 80 мг вранці і амлодипін 5 мг ввечері. У другій групі – основній ( $n=35$ ) до терапії інфекційного загострення ХОЗЛ в якості антигіпертензивної терапії був доданий препарат Діфорс 80 (валсартан 80 мг/амлодипін 5 мг) 1 раз на добу. Період спостереження склав 4 тижня.

**Результати.** Після проведеної комплексної терапії у пацієнтів на АГ та ХОЗЛ спостерігалися нормалізація як систолічного артеріального тиску (САТ) так і діастолічного артеріального тиску (ДАТ). Однак, у хворих основної групи відмічено більш суттєве зниження АТ. Так, САТ до лікування у хворих основної групи становив –  $164,5 \pm 4,1$  мм рт. ст, після лікування –  $122,8 \pm 3,6$  мм рт. ст, ( $p < 0,05$ ), знизився на 25,4 %, тоді як у хворих, контрольної групи САТ і становив до лікування  $167,2 \pm 3,9$  мм рт. ст, після лікування –  $135,6 \pm 3,4$  мм рт. ст, знизився на 18,9%. ( $p < 0,05$ ). ДАТ знизився на 16,7% (з  $95,8 \pm 3,6$  до  $70,3 \pm 4,3$ ) ( $p < 0,05$ ), тоді як у хворих контрольної групи ДАТ знизився на 9,5% – з ( $91,2 \pm 2,9$  до  $82,5 \pm 3,3$ ) ( $p < 0,05$ ). Середні терміни зникнення задишки у хворих основної групи становили  $3,4 \pm 0,49$  діб, тоді як у хворих контрольної групи –  $4,2 \pm 0,31$  діб ( $p < 0,05$ ). Показники гемодинаміки свідчили про покращення скоротливості міокарда лівого шлуночка серця у всіх хворих. Однак, у хворих основної групи, що отримували препарат Діфорс відмічено зростання ФВ на 7,4 % (з  $51,8 \pm 1,96\%$  до  $55,9 \pm 1,2$  %) ( $p < 0,05$ ), тоді як у хворих контрольної групи, ФВ зросла на 5,6 % з ( $52,3 \pm 2,3\%$  до  $54,2 \pm 2,12$  %) ( $p > 0,05$ ). ОФВ1 до лікування у хворих основної групи, становив  $52,4 \pm 2,08$  %, після лікування –  $58,7 \pm 2,12$  % ( $p < 0,05$ ); тоді як у хворих контрольної групи від-

повідні показники становили  $53,8 \pm 2,56$  % до лікування та  $57,64 \pm 2,32$  % після лікування ( $p > 0,05$ ). При визначенні впливу ХОЗЛ II грВ на якість життя (ЯЖ) у хворих з АГ і ХОЗЛ за допомогою САТ-тесту було продемонстровано достовірне поліпшення показників ЯЖ, однак більш суттєвими виявлені зміни у хворих основної групи. Так, сумарний показник САТ-тесту у хворих основної групи покращився на 60,3 %, тоді як у хворих контрольної – на 44,8 %.

**Висновки.** Таким чином, фіксована форма (в одній таблетці валсартан 80мг/амлодипін 5 мг) на фоні базисного лікування ХОЗЛ, сприяє ефективному зниженню АТ, є безпечною та добре переносимою, покращує скоротливу функцію міокарда лівого шлуночка, що призводить до зменшення задишки, поліпшує ЯЖ хворих.

---

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА МЕКСИКОР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Новоженина Л.И., Киричко М.Г.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) на сегодняшний день являются ведущей причиной смерти в Украине, составляя 68 % в структуре общей смертности. Согласно данным официальной статистики, в нашей стране зарегистрировано около 8 миллионов человек с ишемической болезнью сердца (ИБС). Несмотря на существующие Европейские рекомендации и национальные рекомендации по лечению пациентов с ИБС, продолжаются поиски новых лекарственных препаратов, позволяющих повысить эффективность терапии этой категории больных.

**Цель исследования:** изучить эффективность и безопасность Мексикора в комплексном лечении пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы исследования:** в исследование было включено 60 пациентов (42 мужчины и 18 женщин, средний возраст  $57,2 \pm 7,1$  года) с хронической ИБС (стабильная стенокардия напряжения II–III функциональный класс (ФК)). У 36 больных была эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) 1–3-й степени, у 14 пациентов – в анамнезе инфаркт миокарда. Всем пациентам проводилось общезыщательное обследование, лабораторные (общий анализ крови, мочи, глюкоза крови, определение липидного спектра крови, коагулограмма) и инструментальные (электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ) исследования. В контрольной группе 20 больным было рекомендовано базисное лечение: антитромбоцитарная терапия (ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки), блокатор  $\beta$ -адренорецепторов (бисопролол 5–10 мг в сутки в зависимости от исходного темпа частоты сердечных сокращений), ингибитор АПФ (рамприл 5–10 мг в сутки в зависимости от исходных цифр артериального давления) и статины (аторвастатин 40 мг в сутки). В основной группе 40 пациен-

там на фоне базисной терапии был назначен Мексикор по схеме: 200 мг внутривенно 2 раза в сутки – 5 дней, затем 200 мг внутримышечно 3 раза в сутки – 9 дней. Период наблюдения составил 2 недели. Оценку эффективности лечения и переносимости препарата проводили на основании динамики клинической симптоматики.

**Результаты и их обсуждение:** на фоне рекомендованной терапии отмечалось улучшение самочувствия пациентов, причем положительная динамика была более выражена у пациентов основной группы. В конце периода наблюдения у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы зарегистрировано уменьшение количества приступов стенокардии в 1,5 раза и их продолжительности в 2 раза. Переносимость назначенной терапии расценивалась как «отличная» у 87,5 % больных основной группы и 90 % у больных контрольной группы (побочные эффекты за время наблюдения не возникали) и как «хорошая» – у 12,5% пациентов основной группы и у 10 % пациентов контрольной группы.

**Выводы:**

1. Использование Мексикора в комплексном лечении пациентов с хронической ишемической болезнью сердца приводит к улучшению качества жизни больных, уменьшению выраженности дискомфорта в области сердца, повышению работоспособности пациентов и нормализации сна.

2. Мексикор в составе комплексной терапии больных с хронической ишемической болезнью сердца способствует повышению эффективности проводимой антиангинальной терапии (уменьшение количества и длительности ангинозных атак, потребности в короткодействующих нитратах).

3. Применение Мексикора в комплексном лечении пациентов с хронической ишемической болезнью сердца хорошо переносится больными и не вызывает побочных эффектов.

---

## ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО IGE К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ АЛЛЕРГИИ

Маргитич С.В.<sup>1</sup>, Максаков Д.Н.<sup>1</sup>, Каргальская Н.И.<sup>2</sup>, Карп К.С.<sup>1</sup>, Карп А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр

<sup>2</sup>КУ «ЗОКБ», г. Запорожье

**Цель.** Подтверждение медикаментозной аллергии и подбор лекарственных препаратов путём определения уровня специфического IgE .

**Материалы и методы.** В условиях отделения аллергологии совместно с кафедрой внутренних болезней 2 и клинической лабораторией обследовано 48 пациентов (28 женщин и 20 мужчин в возрасте 24–45 лет), связывающих клинические проявления аллергической реакции в виде крапивницы, отёка Квинке, дер-



матита с приемом медикаментов и требующих подбора лекарственных препаратов для лечения сопутствующей соматической патологии.

Согласно приказа № 916 от 30.12.2015 г. МОЗ Украины, всем пациентам выполнялась следующая диагностическая программа: оценены данные жалоб, анамнеза, клиники заболевания, проведены лабораторные исследования: общий анализ крови, глюкоза крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследование на гельминты и простейшие; иммунологическое исследование крови с целью определения типа иммунной реакции, определение показателей общего IgE и уровня специфического IgE к:

- местным анестетикам (артикаин, лидокаин, мепивакаин, бупивакаин) – 18 пациентам;

- нестероидным противовоспалительным препаратам (диклофенак натрия, ибупрофен, пироксикам, парацетамол, ацетилсалициловая кислота) – 12 пациентам;

- антибиотикам пеницилинового ряда (ампициллин, амоксициллин) – 7 пациентам;

- линкозамидам (клиндамицин) – 2 пациентам;

- тетрациклинам (доксициклин) – 3 пациентам;

- фторхинолонам (ципрофлоксацин) – 1 пациенту;

- преднизолону – 12 пациентам;

- алопуринолу – 1 пациенту;

- L-тироксину – 7 пациентам;

- витаминам B1 и B6 – 3 пациентам;

- ингибиторам АПФ (каптоприл) – 2 пациентам;

- тиопенталу натрия – 4 пациентам;

- аминофилину – 2 пациентам.

**Результаты.** У всех пациентов определили 1 тип иммунной реакции (IgE-реагиновый) по иммунологическому анализу крови. У 34 пациентов (70,83 %) уровень общего

IgE > 130 кЕ/л. Специфический IgE повышен у 9 пациентов (18,75 %), из них к местным анестетикам – у 6 (33,3 %), к нестероидным противовоспалительным препаратам – у 5 (41,6 %), к пенициллинам – у 2 (28,6 %), к преднизолону – у 2 (16,6 %), к L-тироксину – у 2 (28,6 %), к тиопенталу натрия – у 1 (25 %), то есть доказано наличие медикаментозной аллергии.

Всем пациентам подобрана и применена медикаментозная терапия с учётом результатов обследования.

**Выводы.** Проведение обследования с определением уровня специфического IgE у больных с медикаментозной аллергией подтверждает её наличие и позволяет подобрать соответствующую лекарственную терапию.

## ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ С УЧЁТОМ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Коротя Н.Н., Киреева Т.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

**Цель:** установить основные закономерности ранней диагностики ТЭЛА у пациентов с внегоспитальными пневмониями с учётом фоновых заболеваний, а также констатировать факт заболеваемости ТЭЛА при первичном заболевании внегоспитальной пневмонией.

**Методы исследования:** в ходе исследования было изучено 30 историй болезни пациентов с зарегистрированными случаями заболеваемости внегоспитальной пневмонией на протяжении 2016 года на базе 6 ГКБ г. Днепр. При этом учитывались следующие показатели: пол и возраст больных, время пребывания в стационаре, кем были направлены для госпитализации, диагноз при госпитализации, диагноз клинический, результаты патолого-морфологического заключения. Для пациентов, пребывающих в стационаре более 3-х суток во внимание брались показатели лабораторных и инструментальных методов исследования: АД, пульс, SaO<sub>2</sub>, ЧДД – при поступлении; ОАК: п/я нейтрофилы, эритроциты, СОЭ, креатинин крови, белок общ. – 66 г/л; прокальцитонин, D-димер – в ходе клинического обследования в динамике. Для оценки степени риска возникновения ТЭЛА использовались валидизированные шкалы Wells (M.W. Roges, P.S. Wells, 2001) и Geneva prognostic score (2008). Также во внимание брались предшествующая данному заболеванию заболеваемость на ХОЗЛ, хрон. алкоголизм, ХПН. Для пациентов, пребывавших в стационаре менее 3-х суток данные лабораторных исследований во внимание не брались.

**Результаты:** в структуре заболеваемости пневмонией преобладали мужчины (70%). Одновременно ТЭЛА патоморфологически была подтверждена у 23,8 % обратившихся мужчин, среди женщин показатель составил 44,5 % что обусловлено их меньшинством в общем количестве госпитализированных. Среди мужчин случаи гиподиагностики составили 60 %, среди женщин – 25 %. Среди мужчин с патолого-морфологическим диагнозом ТЭЛА 60 % набрали 7 баллов по шкале Wells, 40 % – 6 баллов; среди женщин данный показатель следующий: 66,6 % – 6 баллов, 33,3 % – 6,5 баллов. В этой же выборке 80 % мужчин имели клинически подтвержденный диагноз ожирение, 60 % страдали хроническим алкоголизмом, 80 % имели ХОЗЛ, 20 % имели ТГВ в анамнезе. Среди женщин – 66 % страдали ожирением, 100 % страдали ХОЗЛ, 33 % – ТГВ в анамнезе. D-димер как маркер ТЭЛА выявил достоверность в 50 % случаев при наличии данного обследования у больных.

**Выводы:** вероятность возникновения ТЭЛА у больных внегоспитальной пневмонией довольно высока. Таблицы риска возникновения ТЭЛА зарекомендовали высокий уровень информативности в диагностике, однако они не учитывают

ряд других провоцируючих факторов, використовуючихся в ранній діагностиці ТЭЛА таких як: варіабельність маркерної діагностики ТЭЛА з допомогою визначення D-димера і прокальцитоніна; наявності фонових захворювань в формі: хронічного алкоголізму, ХОЗЛ, ХПН і др.

---

## **ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ПО БОЛЕЗНЯМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Степанов Ю.М., Петишко О.П., Скирда И.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

**Цель:** проанализировать распространенность и заболеваемость болезнями поджелудочной железы (БПЖ) в Украине.

**Материал и методы:** в работе использованы структурно-логический анализ и клиничко-статистический метод. Изучение показателей проводилось на основании анализа материалов официальной статистики Центра медицинской статистики МОЗ Украины в динамике 2009–2015 гг. Для выявления характера изменений по определению общей тенденции использовался темп прироста/снижения. Для его вычисления за исходную величину были приняты показатели за каждый из предыдущих лет, а другие рассчитывались в процентном отношении к ней.

**Результаты.** Изучение данных официальной статистики свидетельствует о неуклонном росте количества больных с БПЖ. В 2015 г. в Украине было зарегистрировано почти 1 млн таких пациентов. Ситуация свидетельствует о том, что темп роста распространенности БПЖ существенно превышает темп роста распространенности болезней органов пищеварения. Так, если распространенность гастроэнтерологической патологии за последние 10 лет уменьшилась на 0,4 %, то распространенность БПЖ за этот период выросла на треть. В 2015 г. в структуре распространенности болезней органов пищеварения в Украине удельный вес БПЖ составлял 13,8 %, в структуре впервые установленных диагнозов – 9,8 %. Показатель распространенности БПЖ среди взрослого населения в 2015 г. зарегистрирован на уровне 2 518,0 случаев на 100 тыс., темп прироста за 7 лет составил 32,1 %. В детской популяции с 2009 до 2014 г. он вырос на 5,6 %, и за 2015 г. снизился на 11,6 %. Углубленный анализ по регионам выявил 5 территорий с очень высокими показателями распространенности патологии: г. Киев, Одесская, Днепропетровская, Винницкая и Хмельницкая области. Низкие показатели регистрировались в Волынской, Запорожской и Львовской областях. Важность проблемы БПЖ в современной медицине подтверждается при изучении показателя впервые установленных диагнозов, который за 7 последних лет увеличился на 6,5 %. Высокие значения показателя впервые установленных диагнозов регистрировались в Одесской, Николаевской, Днепропетровской и Херсонской областях. Низкие – в Волынской и Запорожской областях. Социальная значимость данной патологии определяется тем, что среди общего числа БПЖ на долю детей регистри-

стрировано 2,4 % случаев, лиц пожилого возраста 52,1 %. При этом важной особенностью является то, что почти половина (46,1 %) взрослых пациентов с БПЖ – это лица трудоспособного возраста. В сельской местности проживают 24,8 % больных.

**Выводы.** Болезни поджелудочной железы – вторая по значимости патология после заболеваний билиарной системы. В Украине за период 2009–2015 гг. отмечен рост количества больных с БПЖ. Однако, в результате сложившейся в Украине социально-политической ситуации, данные 2-х последних лет наблюдения имеют значения ниже предыдущих.

---

### ОСОБЕННОСТИ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Пугач Т.В., Коваль Е.А., Каплан П.А., Романенко С.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

В Украине сохраняется высокий риск смертности и развития осложнений у пациентов, перенесших острые коронарные синдромы (ОКС). Даже на фоне применения высокоинтенсивной статинотерапии резидуальный риск остается высоким, что обусловлено в том числе и атерогенной дислипидемией.

**Цель.** Изучить особенности нарушений липидного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2), переносящих ОКС – в течение 21 суток.

**Материал и методы.** В рамках проводимого многоцентрового рандомизированного клинического исследования раннего применения комбинированной липидснижающей терапии с татином и фенофибратом у пациентов с СД2 и ОКС скринировано 936 больных с данной патологией (41,5 % мужчин), в возрасте от 39 до 92 лет (средний возраст 68,3±8,4 года). ОКС был представлен Q-инфарктом миокарда, не Q-инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией у 175 (18,7 %), 458 (48,9 %) и 303 (32,4 %) соответственно.

**Результаты.** Липидные критерии включения в исследование (уровень триглицеридов (ТГ) плазмы натощак 1,7 ммоль/л и более) были выявлены у 92 (9,8 %) больных. В этой выборке пациентов средний уровень общего холестерина (ХС) составил 4,64±1,3 ммоль/л, ХС липопротеидов высокой плотности – 0,88±0,28 ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности – 2,72±1,1 ммоль/л, ТГ – 2,93±1,5 ммоль/л, ХС липопротеидов невысокой плотности – 3,73±1,2 ммоль/л. Изолированная гипертриглицеридемия была выявлена у 20 (18,4 %) пациентов, у остальных обследованных дислипидемия носила комбинированный характер.

**Выводы.** Относительная частота гипертриглицеридемии, изолированной или в составе комбинированной дислипидемии, в популяции пациентов с СД2, переносящих ОКС, составляет 9,8 %. Учитывая разную степень влияния отдельных групп препаратов не показатели липидного профиля, выявление характера дис-

липидемий позволит оптимизировать медикаментозную терапию у данной категории пациентов.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОДОЛЬНОЙ, ЦИРКУЛЯРНОЙ ДЕФОРМАЦИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Молодан А.В., Доценко Н.Я., Боев С.С., Шехунова И.А., Иващук В.А.  
ГУ «ЗМАПО» МОЗ Украины, г. Запорожье

Артериальная гипертензия (АГ) – одна из наиболее значимых медико-социальных проблем.

**Цель исследования:** изучить особенности продольной, циркулярной деформации миокарда и систолического скручивания левого желудочка у больных артериальной гипертензией 1 и 2 стадий заболевания.

**Материал и методы.** В исследование были включены 64 пациента АГ, среди них 42 (59,2 %) женщины и 22 (40,1 %) мужчин. Средний возраст больных составил  $56,3 \pm 4,3$  лет. Длительность АГ — 6,0 (5,0; 10,0) лет. В контрольную группу были включены 20 практически здоровых лиц (средний возраст  $52,4 \pm 5,9$  лет). Из них 21 (56,3 %) женщин и 9 (43,7 %) мужчин с нормальными цифрами офисного АД (САД  $118,3 \pm 4,5$  мм рт. ст. и ДАД  $69,7 \pm 5,2$  мм рт. ст.) и суточного профиля АД (среднесуточные значения САД  $110,3 \pm 4,0$  мм рт. ст. и ДАД  $66,1 \pm 5,1$  мм рт. ст.). ЭКГ и ЭхоКГ в контрольной группе также не выявили каких-либо патологических отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы. Исследование проводилось на УЗИ аппарате SiemensAcusson X-700 США.

**Полученные результаты.** У больных АГ отмечалось достоверное, по сравнению с контрольной группой, снижение показателей продольной деформации ЛЖ ( $-15,6 \pm 1,1$  % против  $-18,4 \pm 1,1$  %,  $p < 0,0001$ ), скорости деформации  $-1,0 \pm 0,1$  1/с против  $-1,2 \pm 0,1$  1/с,  $p = 0,002$ ). Снижение этих параметров у больных АГ выявляется еще до развития гипертрофии ЛЖ. При концентрическом ремоделировании продольная деформация ЛЖ более снижена в сравнении с нормальной геометрией полости ЛЖ ( $-14,6 \pm 0,9$  % против  $-15,6 \pm 0,9$  %,  $p < 0,001$ ). При развитии гипертрофии ЛЖ выявленные нарушения носили более выраженный характер. При концентрической гипертрофии ЛЖ в сравнении с эксцентрической более снижены глобальная продольная деформация ЛЖ ( $-17,6 \pm 0,9$  % против  $-18,7 \pm 0,7$  % соответственно,  $p < 0,0001$ ) и скорости деформации ЛЖ ( $1,3 \pm 0,2$  1/с против  $1,5 \pm 0,2$  1/с соответственно,  $p < 0,001$ ). При увеличении стадии ГБ происходит дальнейшее снижение продольной деформации ЛЖ с постепенным снижением циркулярной деформации как в базальных отделах, так и в области верхушки ЛЖ.

При АГ скручивание левого желудочка увеличивается. Эти изменения выявляются у больных АГ независимо от наличия гипертрофии ЛЖ. При отсутствии гипертрофии ЛЖ увеличение систолического скручивания у больных

1-й стадией ГБ является компенсаторным, тогда как у больных с гипертрофией ЛЖ 2-й стадии показатель скручивания зависит от выраженности диастолической дисфункции. Таким образом, использование технологии отслеживания пятнистых структур у больных АГ позволяет выявлять нарушения продольной систолической функции сердца до развития гипертрофии ЛЖ. Гипертрофия ЛЖ, возникающая во 2-й стадии ГБ сопровождается более выраженными нарушениями продольной деформации левого желудочка, снижением показателей циркулярной деформации в базальных отделах ЛЖ и снижением систолического скручивания.

---

### ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця. Значну частину життя в зрілому та похилому віці людина проводить в постменопаузі – періоді, який супроводжується значним зниженням якості життя за рахунок розвитку вегето-судинних, психоемоційних, урогенетальних порушень, остеоартриту та остеопорозу.

**Мета:** вивчити ефективність, анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку схеми лікування комбінацією препаратів: хондропротектора (хондроїтин сульфату 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.), антигіпертензивного препарату (амлодипін 5 мг/гідрохлортиазід 12,5 мг / валсартан 160 мг, постійно), статину (атокор 20 мг на добу, постійно), кардіопротектора (дигідрохлорида триметазидину 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонату (ризедронату натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік) в порівнянні з групою, яка отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому комбінованого антигіпертензивного препарату і атоктору у хворих на ОА в поєднанні з коморбідною патологією.

В дослідження включені 60 хворих чоловіків та жінок віком від 52–84 років, розділених по групам: 1 група – (n=30), яка отримувала хондропротектор (хондроїтину сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім – глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.), антигіпертензивний препарат (амлодипін 5 мг/гідрохлор-тиазід 12,5 мг/валсартан 160 мг, постійно), кардіопротектор (дигідрохлориду тримета-зидин 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонат

(ризедронат натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік); 2 група – (n=30) отримувала хондропротектор (хондройтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондройтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому комбінованого антигіпертензивного препарату і атоқору.

**Критерії ефективності лікування:** загальні клінічні обстеження крові, сечі, креатиніну, загального білірубіну, АЛТ, АСТ, холестерину, рентгенографії і УЗД дослідження колінних суглобів, денситометрії, індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ і критерії якості життя по EuroQol-5D.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група – 26 хворих, 2 група – 22 хворих. Виражений позитивний ефект в 1 групі пацієнтів: більш виражене зниження індексу Лекена, динаміки шкали WOMAC, ВАШ, денситометрії, покращення якості життя за критеріями EuroQol-5D, збільшення термінів ремісії ОА і супутньої патології.

Отже, доведена позитивна клінічна ефективність впливу даної комбінованої терапії в поєднанні ампулованої та таблетованої форм хондропротекторів на фоні прийому комбінованого антигіпертензивного препарату, статину, кардіопротектору, бісфосфонату, яке показало більш високу ефективність в плані зменшення болювого синдрому і покращення функціональної здатності суглобів, нормалізації артеріального тиску, а також підвищення якості життя пацієнтів, хворих на ОА у поєднанні з коморбідною патологією.

---

## **ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ПОРУШЕНЬ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ**

Пролом Н.В., Зигало Е.В., Петішко О.П.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпро

**Мета:** оцінити рівень адаптації на підґрунті комплексного аналізу показників варіабельності ритма серця (ВРС) у хворих на патологію езофагогастроуденальної зони (ЕФГДЗ).

**Матеріали та методи дослідження.** Вегетативна нервова система (ВНС) вивчена у 18 хворих на патологію ЕФГДЗ за допомогою холтеровського моніторингування ЕКГ, що має програмовану систему обчислювання статистичних, геометричних та спектральних методів аналізу ВРС, що дозволило оцінити адаптаційні реакції організму на основі визначення показника активності регуляторних систем (ПАРС). В залежності від типу порушень сфінктерного апарату хворі були розподілені на групи: I група складала 5 хворих із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою; до II групи увійшло 6 хворих із ахалазією кардії; III група була представлена 7 хворими на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену субкомпенсованим стенозом.

**Отримані результати.** Вихідний тонус ВНС у більшості хворих (72,7 %) на патологію ЕФГДЗ характеризувався як парасимпатикотонічний із вірогідним підвищенням показників RMSSD, pNN50, HRVTI. Однак у спектрі виявлених порушень майже у всіх хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену стенозом (85,7 %) відзначена симпатикотонія. На основі отриманих даних про ступінь зниження ВРС, а також індексів, які характеризують адаптаційні можливості організму було визначено наступне. У всіх хворих I групи визначена задовільна адаптація, тоді як більша половина (66,6 %) хворих II групи знаходилась у стані незадовільної адаптації (ПАРС=7,1±1,3). Розподіл характеру адаптаційних реакцій у хворих III групи визначив появу хворих (28,5 %) у стадії дезадаптації (злам компенсаторно-приспосувальних реакцій) – (ПАРС=9,8±2,9), тоді як 57,1% хворих знаходились у стадії незадовільної дезадаптації (ПАРС=7,5±1,5)  $p < 0,05$ .

**Висновки.** Вегетативна нервова система у хворих на патологію ЕФГДЗ функціонує у режимі дисбалансу її симпатичної та парасимпатичної ланок. Зниження варіабельності ритму серця прогресувало у групах хворих із появою стенозу та ахалазії до низької ВРС у 63,6 % хворих та ригідної ВРС у 36,4 % хворих, відповідно. Порушення адаптаційних процесів також поглиблювалось до збільшення хворих із незадовільною адаптацією та появи хворих із зломом адаптації, що свідчило про розвиток дезадаптаційних процесів у організмі внаслідок недостатніх компенсаторно-приспосувальних реакцій.

---

### ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНТИДІАБЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Старченко Т.Г., Юшко К.О., Конькова В.С.  
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»

**Мета.** Вивчити вплив комбінованої антигіпертензивної та антидіабетичної терапії на показники вуглеводного та ліпідного обміну у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

**Матеріали і методи.** В динаміці 3-місячної терапії було обстежено 40 хворих на ГХ з ЦД 2 типу, які отримували антигіпертензивну терапію комбінованим антигіпертензивним препаратом, який включає периндоприл в дозі 4–8 мг з амлодипіном в дозі 5–10 мг 1 раз на добу, та небівололом – 5 мг на добу. Антидіабетичне лікування включало поєднання метформіну в дозі 1000 мг на добу з гліклазидом в дозі 30–60 мг на добу чи з дапагліфлазином в дозі 10 мг на добу. Усі хворі отримували гіполіпідемічну терапію аторвастатином в добовій дозі 20 мг. До та після проведеного лікування вивчали показники вуглеводного та ліпідного обміну.

**Результати.** Встановлено, що зазначена терапія у обстежених хворих викликала виражений антигіпертензивний ефект. Так, серед всіх хворих на ГХ



з ЦД 2 типу цільові рівні артеріального тиску були досягнуті в 76 % випадків. Незалежно від варіантів анти діабетичного лікування відбувалося достовірне зниження рівнів глюкози натще. Вивчення показників вуглеводного обміну за даними визначення глікозильованого гемоглобіну показало, що антидіабетична терапія з включенням дапагліфлозину була більш значущою. Так, цільові рівні глікозильованого гемоглобіну ( $< 7,0\%$ ) були досягнуті в разі застосування метформіну з гліклазидом у 72 % випадків, а на тлі прийому метформіну з дапагліфлозином – у 86 % випадків ( $p < 0,05$ ). В результаті призначення як метформіну з гліклазидом, так і метформіну з дапагліфлозином поліпшувався стан ліпідного обміну. Однак, більш виражена позитивна динаміка показників ліпідного обміну спостерігалася також у пацієнтів, що перебували на комбінації метформіну з дапагліфлозином у порівнянні з хворими, які приймали метформін з гліклазидом. При цьому вірогідне досягнення цільових рівнів ліпідів наприкінці лікування було виявлене лише по відношенню до ЛПВЩ: відповідно 41 % випадків та 33 % випадків, ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, комбінована антигіпертензивна та андіабетична терапія викликає виражений антигіпертензивний ефект. Найбільш ефективною по відношенню досягнення цільових рівнів глікозильованого гемоглобіну та антиатерогенної фракції ліпідів є застосування комбінації метформіну з дапагліфлозином у хворих на ГХ з ЦД 2 типу.

---

## ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Дроздова І.В., Маландій О.С., Марочкіна В.В., Слива С.В.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

**Мета** – вивчити особливості добового моніторингу артеріального тиску хворих з перенесеним ішемічним мозковим інсультом (ІМІ).

**Матеріал і методи.** В клініці ДУ «УкрДержНДІМСПІ МОЗ України» обстежено 58 осіб з артеріальною гіпертензією (АГ) ІІІ стадії у відновному періоді після ІМІ. Усім хворим проводили добове моніторування артеріального тиску (АТ) на апараті АВРМ-1, доплерокардіографічне дослідження – на апараті Sonos, ультразвукове дослідження брахіоцефальних артерій – на апараті LOGIC 5P PRO.

**Результати.** Серед осіб без гіпертрофії лівого шлуночка ЛПШ добовий профіль АТ non-dipper зустрічався у 24,0%, night-peaker – у 12,0 %, dipper – у 56,0 %, over-dipper – у 8,0 % обстежених; тоді як при наявності гіпертрофії суттєво зростали поширеність night-peaker до 14,3 % та non-dipper – до 33,9 %. У хворих з ексцентричною і концентричною гіпертрофіями та у осіб з концентричним ремоделюванням добовий профіль АТ non-dipper діагностовано відповідно у 32,0; 30,0 і 45,5 %, night-peaker – у 20,0; 10,0 і 9,1 %, dipper – у 48,0; 60,0 і 45,5 % обстежених.

Денні систолічний (САТ) і діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) у осіб з перенесеним ІМІ збільшувалися при ексцентричній – на 8,01 і 5,97 %, при концентричній гіпертрофії – на 13,63 і 11,98 %, при концентричному ремодельованні – на 8,58 % й на 13,90 %. Денні індекси часу гіпертензії САТ і ДАТ у пацієнтів з АГ III стадії зростали при ексцентричній – на 88,23 і на 93,27 % та концентричній гіпертрофії – у 2,77 рази і у 1,95 рази, при концентричному ремодельованні – на 0,27 і на 82,05 %. Денні варіабельності САТ і ДАТ у хворих збільшувалися при ексцентричній – на 8,98 і на 19,16 % та концентричній гіпертрофії – на 20,83 і на 22,15%, при концентричному ремодельованні – на 12,5 і на 3,96 %.

Нічні САТ і ДАТ у осіб з ІМІ збільшувалися при ексцентричній – на 6,20 і на 1,63 %, при концентричній гіпертрофії – на 14,59 % ( $p<0,01$ ) і на 11,19 % ( $p<0,05$ ), при концентричному ремодельованні – на 5,17 й на 8,66 %. Нічні індекси часу гіпертензії САТ і ДАТ у пацієнтів з АГ III стадії зростали при ексцентричній – на 99,79 і на 97,57 % та концентричній гіпертрофії – у 2,94 рази і у 1,78 разів, при концентричному ремодельованні – на 88,62 і на 77,61 %. Варіабельності САТ і ДАТ вночі у хворих у віддаленому періоді ІМІ змінювалися різно спрямовано, при ексцентричній – ВСАТ вночі збільшувалася на 6,62 %, а ВДАТ вночі зменшувалася на 3,34 % та зростали обидві при концентричній гіпертрофії – на 10,14 і на 16,58 %, при концентричному ремодельованні – на 0,70 і на 12,09 %. Варіабельність САТ вдень і вночі зустрічалась у 76,3 % і 69,9 %; варіабельність ДАТ вдень визначалась у 20,4 %, а вночі – у 4,8 % пацієнтів. Збільшення у осіб з добовим профілем АТ non-dipper відзначалось – у 28,2 і 25,9 %, night-peaker – у 14,1 і 13,8 %, dipper» – у 52,1 і 56,9 % обстежених; підвищення ВАР ДАТ  $d>14$  і  $n>12$  у осіб з добовим профілем АТ non-dipper спостерігалось – у 42,1 і 75 %, night-peaker – у 15,8 % і 0, dipper – у 31,6 і 25,0 % випадків.

Добові мінімальний, середній і максимальний САТ у осіб з ІМІ збільшувалися при ексцентричній – на 4,92; 7,55 і 8,69 %, при концентричній гіпертрофії – на 4,96; 14,32; 15,30 %, при концентричному ремодельованні – на 5,96; 8,13; 13,13 %.

**Висновки.** Дослідження ДМАТ у хворих на АГ з ІМІ мають бути обов'язковим обстеженням при проведенні медико-соціальної експертизи та потребують подальшого вивчення стосовної прогностичної значущості їх показників та стратифікації ризику.

---

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ З НЕКЛАПАННОЮ ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ ТА ВІКУ

Дзяк Г.В.<sup>1</sup>, Жарінов О.Й.<sup>2</sup>, Писаревська К.О.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

<sup>2</sup>НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

**Мета:** вивчити особливості клінічного статусу хворих з персистоючою неклапанною фібриляцією передсердь (ФП) в залежності від статі та віку.

**Матеріали та методи.** Обстежено 141 пацієнт (95 чоловіків та 46 жінок, середній вік –  $62,7 \pm 9,4$  років) з ФП, яким проводили процедуру відновлення синусового ритму методом електричної кардіоверсії (ЕКВ). Середній вік чоловіків складав  $59,8 \pm 9,7$  років, жінок –  $67,0 \pm 8,2$  років ( $p < 0,0001$ ). Середня тривалість анамнезу аритмії складала  $3,3 \pm 3,4$  років. Фоновими хворобами на тлі, яких діагностована ФП були: гіпертонічна хвороба (ГХ) – у 81,6 %, ожиріння – у 63,1 % пацієнтів, ішемічна хвороба серця (ІХС) – 29,1 %. Хворим проведено загальноклінічне обстеження, збір анамнезу, розрахунок індексу маси тіла, швидкості клубочкової фільтрації за формулою СКД-ЕРІ.

**Результати.** Співвідношення чоловіків та жінок серед досліджених хворих з неклапанною ФП було 2:1. Вік жінок був достовірно більший: 60 % жінок виявились старше 65 років, у той час як 70 % чоловіків були молодші 65 років ( $p < 0,01$ ). Серед факторів ризику розвитку ФП чоловіки частіше мали шкідливі звички: тютюнопаління (41,1% проти 6,5 %) та зловживання алкоголем (13 % проти 5 %) ( $p < 0,01$ ). ФП вперше була зареєстрована у жінок у більш старшому віці ( $64,0 \pm 8,1$ ) ніж у чоловіків ( $57,4 \pm 10,4$ ) ( $p < 0,0001$ ). Тривалість анамнезу аритмії у була однаковою ( $3,2 \pm 3,3$  та  $3,2 \pm 3,6$  років), але, за цей період чоловікам частіше відновлювали ритм методом ЕКВ (17,7 % проти 6,5 %;  $p < 0,05$ ). Ризик тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc жінок в середньому складав – 4 бали, а у чоловіків – 2 ( $p < 0,0001$ ). Чоловіки достовірно частіше мали низький ризик ТЕУ: не мали жодного ФР (0 балів) – 14,7 %, 1 бал – у 20 %, 2 бали – у 32,6 % ( $p < 0,05$ ). Жінки частіше мали ТЕУ в анамнезі (24 % проти 16,8 %;  $p < 0,05$ ). Фібриляція передсердь була симптомною (EHRA > 1) у всіх жінок, у той час як 25 % чоловіків не відчували прояви аритмії ( $p < 0,0001$ ). Прояви серцевої недостатності (СН) у чоловіків також були менші: І ФК СН за класифікацією NYHA мали 20 % хворих, а в групі жінок лише – 8,7 % ( $p < 0,05$ ). У 37 % жінок рецидив аритмії виник на тлі існуючої СН, що достовірно більше ніж у чоловіків (23,2 %;  $p < 0,05$ ). Жінки частіше мали значно виражене порушення функції нирок (Ш b стадії) – 30,4 % проти 11,6 % ( $p < 0,05$ ). Більшість чоловіків (59 %) мали зниження клубочкової фільтрації II стадії, відсоток жінок був менший в два рази (32 %) ( $p < 0,01$ ). Найчастішими захворюваннями, на тлі яких існує аритмія, були поєднання ГХ та ожиріння: у майже половини досліджених жінок (44 %) та у третью частини чоловіків (34 %). Не зважаючи на те, що анамнез аритмії у обох статей однаковий, у більшості жінок (59 %) ФП вперше виникла на тлі тривало існуючої артеріальної гіпертензії (близько 10–15 років). У 54 % чоловіків ГХ і ФП діагностовані одночасно ( $p < 0,01$ ). У жінок фібриляція передсердь частіше розвивалась на тлі декількох фонівих станів. Поєднання 5 хронічних захворювань (ІХС, ГХ, ожиріння, СН, хронічна ниркова недостатність (ХНН) діагностовано у 15 % жінок, цей показник у чоловіків склав 5,3 % ( $p < 0,05$ ). Комбінація 3 хвороб (ГХ, ожиріння та ХНН) у 28,3 % жінок проти 11,6 % серед чоловіків ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Жінки з фібриляцією передсердь, яким відновлювали синусовий ритм методом ЕКВ, достовірно старші чоловіків, мають поєднання декількох фо-

нових захворювань. Вони мають вищий ризик ТЕУ, переважно за рахунок перенесених порушень мозкового кровообігу. Клінічний статус характеризується більш симптомними проявами аритмії, більш вираженою СН та значним порушенням функції нирок. Чоловікам притаманна схильність до шкідливих звичок (тютюнопаління та зловживання алкоголем).

---

### **ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗПОДІЛУ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ПНЕВМОКОНІОЗ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧОМЕТАЛУРГІЙНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Рубцов Р.В., Ковальчук Т.А., Базовкін П.С.

ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини», м. Кривий Ріг

**Мета дослідження:** оцінити особливості професійного розподілу серед працівників гірничо-металургійної промисловості, хворих на пневмокониоз (ПК) в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) в сучасних умовах виробництва.

**Методи досліджень:** статистичні з визначенням поширеності та відносних ризиків виникнення серед працівників основних професій на підземному, відкритому видобуванні та металургійному виробництві, хворих на ПК в поєднанні з ХОЗЛ в процесі клінічного спостереження 635 осіб, які страждають на найбільш поширені професійні захворювання легень: ПК, ПК у поєднанні з ХОЗЛ та ХОЗЛ професійної етіології за 2012–2016 роки.

Визначено, що серед працівників, зайнятих на підземному видобуванні залізної руди найбільш поширений поєднаний перебіг ПК та ХОЗЛ серед прохідників (20,2 %), інженерно-технічних працівників (ІТП) (12,6 %), бурильників (7,6 %), кріпильників (5,9 %) та гірничоробітників очисного забою (ГРОЗ) (5,0 %). Відносний ризик поєднаної форми ПК та ХОЗЛ був найбільшим серед бурильників (1,62,  $p < 0,05$ ), ІТП (1,3,  $p < 0,05$ ), підземних електрослюсарів (1,54,  $p < 0,05$ ), та кріпильників (1,32). Серед працюючих в умовах відкритого видобування та переробки залізної руди найбільш поширений ПК в поєднанні з ХОЗЛ у електрослюсарів, ІТП та дробарників (по 5,0 %), електрогазозварювальників, машиністів екскаватору (по 3,4 %) та машиністів тепловозу (2,5 %). Відносний ризик поєднаної форми ПК та ХОЗЛ серед працівників цієї групи був найбільшим серед слюсарів чергових з ремонту обладнання (1,32). У працівників металургійного виробництва найбільш поширений поєднаний перебіг ПК та ХОЗЛ був серед агломератників (2,5 %), обрубників та плавильників (по 1,7 %). Відносний ризик поєднаної форми ПК та ХОЗЛ серед працівників цієї групи не перевищував статистично – вірогідних меж. Взагалі, поширеність поєднаного перебігу ПК та ХОЗЛ на 1000 працюючих була найбільшою серед працівників, зайнятих підземним

видобутком залізної руди (2,9 %), на відкритому видобуванні цей показник склав 0,9 %, у металургійному виробництві – 0,36 %.

Визначення та оцінка професійного розподілу захворюваності на ПК в поєднанні з ХОЗЛ серед працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості дозволить правильно оцінити ризики виникнення та подальшої динаміки цих захворювань на сучасному етапі, розробити та впровадити комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення виробничого середовища у працівників основних професій, апробувати та впровадити методи ранньої діагностики поєданого перебігу цих захворювань, визначивши основні ризики виникнення ПК в поєднанні з ХОЗЛ в залежності від стажу та віку працюючих, розробити рекомендації з раціонального використання трудових ресурсів у галузі.

---

### **ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ВІКОВОГО РОЗПОДІЛУ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧОМЕТАЛУРГІЙНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Рубцов Р.В., Ковальчук Т.А., Базовкін П.С.,  
ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»,  
м. Кривий Ріг

**Мета дослідження:** оцінити особливості вікового розподілу розповсюдженості захворювань легень професійної етіології у працівників гірничо-металургійної промисловості в сучасних умовах виробництва.

**Методи досліджень:** статистичні з визначенням загальної структури найбільш поширених захворювань легень професійної етіології та відношення шансів захворіти на цю патологію у працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості в процесі клінічного спостереження 635 осіб хворих на пневмоконіоз (ПК), ПК в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та ХОЗЛ професійної етіології за 2012–2016 роки.

На сучасному етапі структура захворювань легень професійної етіології у працівників гірничо-металургійної промисловості складається з 81,1 % працівників, хворих на ХОЗЛ професійної етіології, 15,6 % хворих на поєданий перебіг ПК та ХОЗЛ та 3,3 % хворих на ПК.

Визначено, що із загальної кількості випадків ПК в поєднанні з ХОЗЛ зустрічається у 22 % працівників віком до 55 років, у віці 55–65 років цей показник дорівнює 44 %, а у осіб, віком старше 65 років – 34 %. ХОЗЛ професійної етіології зустрічається у 35 % хворих віком до 55 років. У віковій групі 56–65 років цей показник дорівнює 45 %, у віці старше 65 років – 20 %. Із загальної кількості хворих на ПК у віковій групі до 55 років розповсюдженість цього захворювання дорівнює 45 %. Серед працівників у віці 56–65 років складає 25 %, а у віці старше 65 років – 30 %.

Відношення шансів захворіти на ПК (OR) у працівників віком до 55 років дорівнює 1, у віковій групі 56–65 років 3,5, а у групі віком старше 65 років цей

показник складає 2,25. При поєднаному перебігу ПК та ХОЗЛ показник OR є найбільшим у осіб, віком старше 65 років – 2,7. У віковій групі 56–65 років він складає 1,5, а у працівників віком до 55 років – 1.

Середній вік на момент встановлення професійного захворювання легень у працівників, хворих на ПК, склав  $46,0 \pm 3,8$  років, при поєднаному перебігу ПК та ХОЗЛ –  $47,6 \pm 2,7$  років та у осіб, хворих на ХОЗЛ професійної етіології –  $48,8 \pm 1,4$  років.

Визначення структури вікового розподілу та шансів захворіти на найбільш поширені захворювання легень професійної етіології серед працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості дозволить правильно оцінити вікові ризики виникнення та подальшої динаміки цих захворювань на сучасному етапі, розробити та впровадити комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення виробничого середовища з урахуванням віку працівників, апробувати та впровадити методи своєчасної діагностики цих захворювань, визначивши особливості вікових ризиків виникнення професійних захворювань легень у працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості, розробити рекомендації з раціонального використання трудових ресурсів у галузі.

---

### ОСОБЛИВОСТІ СИМПТОМІВ УРАЖЕННЯ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ З ОСТЕОАРТРОЗОМ І СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА ОПТИМАЛЬНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ

Микитюк О.П.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Якість життя хворої людини при хронічній суглобовій патології, зокрема, за остеоартрозу (ОА) – інтегральне поняття, що об'єднує фізичну, психологічну, соціальну складові. Хронічний біль – це фактор, завдяки якому хворим важко відволікати увагу від своєї симптоматики, і з часом він стає хронічним стресогенним чинником, що здатен погіршувати перебіг більшості захворювань, наявних у пацієнта, зокрема, кардіоваскулярної патології. З іншого боку, за коморбідної патології посилюються прояви кожної з нозологій, діагностованих у хворого.

**Мета дослідження:** оцінити вираженість клінічної симптоматики хворих на ОА ізольований або у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ), на фоні оптимальної маси тіла або аліментарного ожиріння.

**Матеріали і методи.** Обстежено 60 пацієнтів з ізольованим ОА ( $n=30$ ) та з АГ у поєднанні з ОА ( $n=30$ ). Залежно від індексу маси тіла (ІМТ) пацієнтів розподілено на 4 групи: з ОА і оптимальним ІМТ ( $n=14$ ), з ОА на фоні ожиріння ( $n=16$ ); з ОА поєднано з АГ і оптимальним ІМТ ( $n=15$ ) та з ОА поєднано з АГ на фоні ожиріння ( $n=15$ ).

Вираженість больового синдрому та функціональних порушень у пацієнтів із ОА визначали з використанням стандартизованого опитувальника – індексу

Артриту Університетів Західного Онтаріо та МакМастера – WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index), в якому запитання поділені на декілька секцій: оцінка болю, функціональної активності скутості суглобів; відповідь на кожне запитання визначалася в умовних одиницях від 1 до 10. Усі обстежені заповнили опитувальники, які включали візуальну аналогову шкалу (ВАШ) оцінки болю і загального стану хворого. Відмітку на шкалі оцінки загального стану лікарем виконував також окремо дослідник.

**Отримані результати:** Поєднання АГ та ОА характеризувалося погіршенням больового синдрому в уражених суглобах: біль у спокої турбував 42,2 % пацієнтів з ізольованим ОА і 57,2 % – за ОА і АГ; при русі – 64,8 та 77,9 % відповідно та при пальпації – 28,9 та 42,5 % осіб. Біль при вставанні з положення сидячи турбував 58,1 % пацієнтів з ОА та 70,3 % – з ОА і АГ, у 52,5 % пацієнтів з ОА і 69,1 % з ОА і АГ рухи в суглобах були обмеженими та супроводжувались їхньою деформацією.

Вираженість болю за 10-бальною шкалою у хворих на поєднану АГ й ОА при ожирінні склала  $7,11 \pm 0,72$  балів, перевищивши показник у групі з оптимальною масою тіла ( $5,14 \pm 0,41$ ,  $p < 0,05$ ) і у групі з ізольованим ОА при ожирінні ( $6,13 \pm 1,17$ ,  $p < 0,05$ ). В цілому, хворі на АГ й ОА з ожирінням оцінювали своє здоров'я як суттєво гірше ( $7,14 \pm 0,56$  балів супроти  $6,02 \pm 0,21$  у групі АГ й ОА з оптимальною масою тіла ( $p < 0,05$ ) і у групі з ізольованим ОА при ожирінні ( $6,11 \pm 0,39$ ,  $p < 0,05$ ). Оцінка важкості загального стану здоров'я лікарем (як при ізольованих АГ, ОА, так і за їх поєднання при ожирінні) змінювалася подібним чином. У пацієнтів з АГ та ОА загальний стан лікарем оцінено як важчий на 31,5 %, ніж за ізольованого ОА, у хворих на АГ і ОА при ожирінні показник був вищим на 24,6 %, ніж за оптимальної маси тіла.

**Висновок.** Поєднання АГ, ОА при ожирінні сприяє збільшенню інтенсивності больового синдрому, суттєвішому відчуттю скутості у суглобах, значнішому порушенню функціональної активності суглобів, порівнюючи з даними при ізольованому ОА при ожирінні, а також при співставленні даних за ОА і АГ з оптимальною масою тіла.

---

## ОЦЕНКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ИХ СВЯЗЬ С УРОВНЕМ ОБРАЗОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Колесникова Е.В.<sup>1</sup>, Уварова К.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Национальный Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»,

<sup>2</sup>КУОЗ «Харьковская городская поликлиника № 9», г. Харьков

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые факторы риска (ССФР) являются ведущими в определении сердечно-сосудистой смертности (ССС). Уровень развития общества определяет частоту встречаемости факторов риска (ФР) в популяции.



На реализацию программы по снижению ФР ССЗ влияет несоблюдение режима, предписанного врачом, образ жизни пациентов, а также образование пациентов.

**Цель работы** – анализ наличия ФР ССЗ у пациентов с высшим образованием и без такового.

**Материалы и методы.** Проведена оценка ФР ССЗ на основании анкетирования с использованием «Анкеты для изучения поведенческих ФР» 170 пациентов без артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, находившихся на приеме у врача общей практики. Анкета включала перечень вопросов о возможном наличии ФР, таких как режим питания, образ жизни, употребление спиртных напитков, наличие повышенных цифр артериального давления, низкий уровень физической активности у данной категории обследуемых. Проанализированы 2 группы пациентов в зависимости от уровня образования – с и без высшего образования – ВО ( $n_1=82$ ,  $n_2=88$ ). Далее пациенты были распределены в соответствии с имеющимися модифицируемыми и немодифицируемыми (пол, возраст) ФР.

**Результаты.** Лица, имеющие ВО, составили 47 % от общего количества пациентов; лица без ВО – 53 %. Преобладающее большинство лиц с ВО составили анкетлируемые в возрасте 20–40 лет (56 %), без ВО – лица в возрасте 41–60 лет (66 %). За всю жизнь более 5 пачек сигарет выкурили в группе с ВО 37,5 % опрошенных, в группе без ВО – 50 %; каждый день курят 31 % и 44 % соответственно. Знают цифры своего АД большинство лиц в обеих группах (87,5 % и 100 % соответственно). Не работают или имеют в основном сидячую работу большинство лиц в группе с ВО (56 %), тогда как в группе без ВО основная часть опрошенных указывает на работу, тяжелую физически или связанную с небольшой тяжестью (94 %). В обеих группах отмечается употребление фруктов, овощей, мясных и молочных продуктов ежедневно или несколько раз в неделю основной частью респондентов (фрукты – 94 % и 83 % соответственно, овощи – 100 % и 89 % соответственно, молочные продукты – 87,5 % и 83 % соответственно). За последний год большинство лиц в обеих группах употребляли спиртные напитки (87,5 % и 94 % соответственно). Что касается крепленых вин, то большинство лиц в группе с ВО отрицают их прием (62 %), а в группе без ВО половина участников (50 %) отмечают их прием с частотой несколько раз в месяц или год. Касательно крепких спиртных напитков, в группе с ВО отрицают их прием 56 % лиц, в группе без ВО 83 % опрошенных употребляют их несколько раз в месяц или год.

**Заключение.** Нами отмечено, что у лиц без высшего образования в сравнении с теми, кто его имеет, достоверно чаще встречались модифицируемые ФР ССЗ, такие как табакокурение, злоупотребление спиртными напитками и недостаточное потребление молочных, мясных продуктов, что требует ранней коррекции вышеуказанных ФР посредством проведения регулярных «Школ здоровья» не менее 1 раза в 6 месяцев.



## ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кітура О.Є., Потяженко М.М., Невоїт Г.В., Соколюк Н.Л., Величко Є.О.  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

На сьогоднішній день зберігається тенденція до зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП) як в Україні так і в світі. Враховуючи рецидивуючий перебіг ХП, у пацієнтів виникає потреба в постійному дотриманні дієтичних рекомендацій, модифікації способу життя, виконанні вказівок лікуючого лікаря щодо медикаментозного лікування. Відомо, що на формування терапевтичної співпраці впливають цілий ряд факторів, зокрема психологічні особливості хворого. На сьогоднішній день існує досить невелика кількість робіт, які показують взаємозв'язок психологічних проявів пацієнта з особливостями перебігу ХП.

**Мета роботи.** Оцінити ступінь вираженості тривожних розладів у хворих на ХП.

**Матеріали та методи дослідження.** В дослідження було включено 68 хворих на ХП, з них 36 жінок та 32 чоловіків. Середній вік склав  $56,9 \pm 7,4$  роки, тривалість захворювання –  $9,5 \pm 4,9$  роки. Контрольну групу склали 30 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Діагноз ХП встановлений згідно до Наказу МОЗ України від 10.09.2014 № 638 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті». Інтенсивність больового синдрому оцінювалася за 10 бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Вивчення рівня тривожних розладів проводилося за допомогою опитувальника Ч.Д. Спілбергера–Ю.Л. Ханіна, який складається з 2-х частин: пункти 1–20 оцінюють реактивну (ситуаційну) тривожність, пункти 21–40 окремо визначають особистісну тривожність (характеристику особи).

**Отримані результати.** При аналізі психоемоційного статусу виявлено, що у хворих на ХП достовірно вищий рівень реактивної та особистісної тривожності в порівнянні з контрольною групою. Так, рівень реактивної тривожності у пацієнтів на ХП становив  $3,25 \pm 0,67$  бали, в контрольній групі –  $1,7 \pm 0,24$  бали ( $p < 0,05$ ), рівень особи стісної тривожності у хворих на ХП склав  $2,95 \pm 0,29$  бали, в контрольній групі –  $1,65 \pm 0,12$  бали ( $p < 0,001$ ). Як видно з приведених даних, у хворих із патологією підшлункової залози спостерігається високий рівень як реактивної так і особистісної тривожності. Це можна пояснити тим, що особистісна тривожність є тим фактором, який полегшує виникнення реакції тривоги, і тому вони тісно взаємозв'язані між собою. Проводячи детальний аналіз, залежно від клінічної картини, у пацієнтів з вираженим діарейним та больовим синдромом спостерігався дуже високий рівень реактивної тривожності та високий рівень особистісної тривожності. Так у пацієнтів з діарейним синдромом рівень реактивної тривожності склав  $3,6 \pm 0,32$  бали, особистісної –  $3,18 \pm 0,20$  балів, у пацієнтів з перевагою больового синдрому, відповідно,  $3,5 \pm 0,30$  та  $3,2 \pm 0,4$  бали. У пацієнтів з перевагою диспепсичного синдрому відмічається висока реактивна та особистісна

тривожність, відповідно  $3,3 \pm 0,35$  бали та  $3,0 \pm 0,28$  балів. У пацієнтів з обстипаційним синдромом визначається середній рівень тривожності:  $2,6 \pm 0,24$  бали реактивної та  $2,4 \pm 0,3$  бали особистісної.

#### **Висновки:**

1. У пацієнтів на ХП відмічено суттєві зміни в психоемоційному статусі у вигляді підвищення рівня особистісної та реактивної тривожності.

2. У пацієнтів вираженим з больовим та діарейним синдромами спостерігається дуже висока реактивна тривожність

---

### **ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ БЛОКАТОРІВ РЕЦЕПТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ II В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

Смольянова О.В.

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

Серед невирішених питань охорони здоров'я суттєве місце посідає надання медикаментозної допомоги хворим похилого віку з хронічною серцевою недостатністю. Хронічна серцева недостатність (ХСН) є поширеною у всьому світі. Блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА) широко призначають при ХСН, хоча їх роль є другорядною по відношенню до інгібіторів АПФ, у т. ч. і для пацієнтів похилого віку.

**Метою** дослідження був аналіз актуальності використання БРА та пошук їх місця у лікуванні ХСН у літніх хворих.

**Матеріали та методи.** Дослідження базується на вивченні матеріалів, отриманих із відкритих джерел інформації, з використанням методів порівняння, аналізу, синтезу та узагальнення.

**Результати.** Загально визнаними завданнями лікування хворих з ХСН є:

1. Усунення або корекція етіологічного чинника ХСН, за можливості;
2. Усунення або зменшення клінічної симптоматики ХСН, поліпшення якості життя;
3. Попередження госпіталізацій з приводу декомпенсації ХСН та інших серцево-судинних причин;
4. Збільшення тривалості життя.

Саме такі різноспрямовані завдання та наявність супутньої патології у літніх осіб потребують пошуку індивідуально підбраного та ефективного лікування.

Стратегія лікування ХСН на теперішній час регламентована світовими, європейськими та вітчизняними рекомендаціями, нормативно-правовими документами МОЗ України та профільних асоціацій. Сучасні стандарти лікування ХСН передбачають призначення одночасно багатьох препаратів, зокрема інгібіторів АПФ, бета-адреноблокаторів (ББ), антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів (АМР) тощо. БРА показані у поєднанні з ББ та АМР усім пацієнтам, які не пере-

носять інгібітори АПФ. Іншим показанням БРА є непереносимість АМР, тоді їх призначають разом з інгібіторами АПФ та ББ.

Відомо, що всі БРА володіють високим антигіпертензивним і вираженим органопротективним ефектом, добре переносяться. У деяких блокаторів рецепторів підтипу АТ 1 виявлена здатність покращувати ниркову функцію, а також покращувати показники центральної гемодинаміки при ХСН. Вважається, що блокада ренін-ангіотензинової системи уповільнює прогресування зниження функції нирок у пацієнтів з хронічним захворюванням нирок (ХХН). Проведені дослідження показали, що відсутня суттєва різниця між БРА та інгібіторами АПФ для первинних кінцевих точок, зокрема смертізкардіоваскулярних причин, інфаркту міокарду, інсульту або госпіталізацій з приводу серцевої недостатності. Однак деякі автори зазначають, що БРА помірно знижують ризик інсульту та не впливають на нефатальний інфаркт міокарду, серцево-судинну та загальну смертність.

**Висновки.** Окрім контролю артеріального тиску, дуже важливо контролювати все інші фактори ризику у літніх пацієнтів з ХСН, у т. ч і прогресування ХНН. Саме така модель лікування безпосередньо пов'язана з загальними тенденціями в сучасній медицині та відображає прагнення до персоналізації лікування.

---

### **ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕННЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ 1–3 СТАДИИ**

Яценко О.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

**Цель исследования:** изучить упруго-эластические свойств легочной артерии у пациентов с ХОЗЛ 1–3 степени и артериальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Обследовано 110 больных в возрасте  $49,8 \pm 1,01$  лет. Первая группа – 50 пациентов с ХОЗЛ без сопутствующей патологии, вторая – 60 пациентов с коморбидной течением ХОЗЛ 1–3 ст. и ГБ 2 стадии. Контрольная группа – 30 здоровых (19 мужчин и 11 женщин) в возрасте  $50,1 \pm 1,2$  года. Эхо – кардиографическое обследование проводили на ультразвуковом аппарате EsaoteMyLab 50 с использованием программы XStraine. Статистическая обработка количественных данных проводилась с использованием непараметрических и параметрических методов.

**Результаты и их обсуждения.** Рассчитывали показатели ЛА: индекс пульсации (IPuls, %), податливость (Подд ЛА,  $\text{мм}^2/\text{мм рт. ст.}$ ), растяжимость (Рас. ЛА,  $\%/\text{мм рт. ст.}$ ), эластический модуль (ЭМ,  $\text{мм рт. ст.}$ ) и индекс жесткости В (IS-V). Величину среднего артериального давления в ЛА (СрАД ЛА,  $\text{мм рт. ст.}$ ) рассчитывали методом Kitabatake, систолическое АД в ЛА (САД ЛА,  $\text{мм рт. ст.}$ ) измеряли по уровню трикуспидальной регургитации, диастолическое артериаль-

ное давление (ДАД ЛА, мм рт. ст.) и пульсовое давление (ПД ЛА, мм рт. ст.) в ЛА рассчитывали как производный от СрАД ЛА и САД ЛА.

В группах больных достоверно увеличены на 50–80% все показатели артериального давления ЛА. Одновременно в 1-ой группе уменьшались IPuls ЛА, Под ЛА и РасЛА к  $39,23 \pm 1,6$  %,  $6,4 \pm 0,4$  мм<sup>2</sup>/мм рт. ст. и  $1,71 \pm 0,10$  %/мм рт. ст. против  $51,4 \pm 1,9$  %,  $11,1 \pm 0,5$  мм<sup>2</sup>/мм рт. ст. и  $3,30 \pm 0,12$  %/мм рт. ст. в группе контроля, соответственно ( $p < 0,05$ ). А такие показатели, как ЭМ и IS-B, наоборот, существенно увеличивались до  $65,7 \pm 3,7$  мм рт. ст. и  $2,91 \pm 0,17$  против  $31,6 \pm 1,2$  мм рт. ст. и  $2,05 \pm 0,08$ , соответственно ( $p < 0,05$ ). При сопоставлении показателей между группами пациентов был выявлен рост величин АД во 2-ой группе: САД ЛА  $42,02 \pm 1,2$  мм рт. ст. против  $39,1 \pm 0,9$  мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ), СрАД ЛА ( $25,33 \pm 0,5$  мм рт. ст. против  $22,7 \pm 0,9$  мм рт. ст., ( $p < 0,05$ )) и ПО ЛА  $27,3 \pm 1,3$  мм рт. ст. против  $24,6 \pm 1,0$  мм рт. ст., ( $p < 0,05$ ). Аналогично, во 2-ой группе отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение IPuls, Под ЛА, рас ЛА ( $39,23 \pm 1,6$  % против  $29,9 \pm 0,9$  %,  $6,4 \pm 0,4$  мм<sup>2</sup>/мм рт. ст. против  $5,07 \pm 0,18$  мм<sup>2</sup>/мм рт. ст.,  $1,71 \pm 0,10$  %/мм рт. ст. против  $1,15 \pm 0,1$  %/мм рт. ст., соответственно,  $p < 0,05$ ) и увеличение ЭМ и IS-B ( $111,0 \pm 11,6$  мм рт. ст. против  $65,7 \pm 3,7$  мм рт. ст.,  $3,90 \pm 0,33$  против  $2,91 \pm 0,17$ ,  $p < 0,05$ ). Проведен корреляционный анализ между структурно-функциональными показателями ЛА и ЛЖ в группах больных. Наиболее тесными корреляционные связи наблюдались между показателями САД ЛА и IPuls ЛА, РозтЛА и ЭМ ( $r = -0,61$ ,  $r = -0,55$  и  $r = +0,56$ , соответственно,  $p < 0,05$ ), а также ПД ЛА и IPuls ЛА, РозтЛА и ЭМ ( $r = -0,60$ ,  $r = -0,51$  и  $r = +0,53$ , соответственно,  $p < 0,05$ ) у больных с коморбидным течением ХОЗЛ и ГБ. Менее существенные корреляционные связи были между САД ЛА и ПТла и Раст ЛА и IS-B, с другой стороны между ДАД ЛА и СрАД ЛА и всем показателям упруго-эластичных свойств ЛА, однако во всех случаях эти связи достигали уровня достоверности ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Течение ХОЗЛ сопровождается развитием легочной гипертензии и нарушениями упруго-эластичных свойств ЛА в виде увеличения жесткости и снижения пульсативности, растяжимости и податливости ЛА, уровень изменений которых выше при присоединении ГБ.

---

## ПОКАЗНИКИ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ БІЛАРНИЙ ЦИРОЗ (ПБЦ)

Меланіч С.Л.<sup>1</sup>, Меланіч Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ»,

<sup>2</sup>КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро

**Мета дослідження:** охарактеризувати особливості імунного статусу у хворих на ПБЦ.

**Матеріал та методи.** Обстежено 10 хворих на ПБЦ жіночої статі у віці  $(57,63 \pm 6,21)$  років. Діагноз встановлений на підставі визначення антимитохондріальних антитіл сироватки крові, сонографічного та ендоскопічного досліджень. Для вивчення імунологічних показників використовували моноклональні антитіла класів СД3+, СД4+, СД8+, СД22+ фірми «Гранум» (м. Харків). Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) вивчали в реакції приципітації з поліетиленгліколем.

**Результати дослідження** показали, що у 50,0 % пацієнток визначалась лейкопенія до  $(3,40 \pm 0,26) \cdot 10^9/\text{л}$ , що в 1,6 рази нижче за контрольні показники ( $p < 0,05$ ). При цьому, у 60,0 % хворих спостерігалось зниження в 1,5 рази абсолютної кількості лімфоцитів, що дорівнювало  $(1,06 \pm 0,29) \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ).

Вивчення клітинної ланки імунітету показало зниження у 100 % обстежених абсолютної кількості Т-лімфоцитів (СД3+) в 2,1 рази, що склало  $(0,55 \pm 0,22) \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ), та у 80,0 % випадків – відносної їх кількості в 1,3 рази до рівня  $(39,40 \pm 7,13)$  %.

При аналізі субпопуляційного складу Т-лімфоцитів виявлено зниження абсолютної кількості Т-хелперів (СД4+) у 70,0 % в 1,9 рази до  $(0,28 \pm 0,09) \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,01$ ) та відносної їх кількості у 90,0 % випадків в 1,7 рази до  $(23,0 \pm 5,59)$  % ( $p < 0,01$ ).

У 40,0 % обстежених діагностовано односпрямоване зниження Т-супресорів (СД8+) як в абсолютних числах до  $(0,15 \pm 0,09) \cdot 10^9/\text{л}$ , так і відносних – до  $(12,0 \pm 0,02)$  %, що відповідно в 2 ( $p < 0,01$ ) та 1,5 ( $p < 0,05$ ) рази нижче за контроль.

Зниження імунорегуляторного індексу СД4+/СД8+ в 1,3 рази встановлено у 60,0 % пацієнток, який склав  $(1,54 \pm 0,36)$ .

Що стосується гуморальної ланки імунітету, то у 70,0 % обстежених спостерігалось недостатність її активності за рахунок зниження в 1,4 рази кількості В-лімфоцитів (СД22+) до  $(0,23 \pm 0,15) \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ).

Підвищення ЦІК в 3,5 рази до  $(12,0 \pm 4,21)$  од. опт. щіл. ( $p < 0,001$ ) визначалось у 90,0 % пацієнток.

Таким чином, для хворих на первинний біліарний цироз характерно виснаження імунної системи, що проявляється достовірним зниженням кількості лейкоцитів, показників клітинної та гуморальної ланок імунітету

---

## ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Мікулець Л.В.<sup>1</sup>, Захарчук Т.В.<sup>2</sup>, Гончар Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

<sup>2</sup>КМУ МКЛ № 3, м. Чернівці

Одним із позасуглобових проявів ревматоїдного артриту (РА) є ураження легень. За даними літератури ураження легень при РА сягає 50 %, зокрема деякі автори вказують, що воно є безпосередньою причиною смерті 10–20 % хворих на РА. Ураження легень у пацієнтів з РА може бути обумовлений як самим захворю-

ванням, так і прийомом деяких лікарських засобів. Згідно рекомендацій по лікуванню РА метотрексат є препаратом першої лінії, однак за даними літератури, він частіше інших базисних протизапальних препаратів викликає ураження легень. В літературі зустрічаються лише поодинокі роботи, в яких висвітлюються питання ураження легень при РА, особливо, що стосується оцінки функціонального стану органів дихання при даній нозології.

**Мета роботи:** вивчити особливості показників функції зовнішнього дихання у хворих на ревматоїдний артрит період загострення.

**Матеріали та методи дослідження.** В обстеження включено 39 хворих на РА, які знаходились на лікуванні в ревматологічному відділенні КМУ МКЛ № 3 м. Чернівці. Діагноз верифіковано згідно критеріїв, запропонованих ARA/EULAR (2010), наказу МОЗ України № 263 від 11.04.2014. Розподіл хворих на РА за ступенем активності становив: I ступінь – 17 хворих, II – 22. Середній вік становив  $42 \pm 9,1$  років. Тривалість захворювання складала від 2 до 12 років. Для визначення активності РА використовували оцінку клінічних (КБС, КПС, тривалість ранкової скрутості) та лабораторних (СРБ, ШОЕ) показників, розраховували індекс DAS28, а також проводилась оцінка функціонального стану здоров'я (HAQ). Визначення інтенсивності болю проводили за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). З метою вивчення механічних властивостей апарату вентиляції легень проводилась спірометрія з визначенням відношень потік–об'єм–час в процесі виконання спокійних і форсованих дихальних рухів. Хворим проводили загальноклінічне, спірометричне, рентгенологічне і лабораторне дослідження. Статистичну обробку даних виконували за допомогою програми PAST.

**Результати дослідження.** Серед обстежених пацієнтів на РА порушення вентиляції виявлено у 35,9 %. Обструктивний тип порушення вентиляції виявлено у 50,0 % хворих, рестриктивний тип – у 28,9 %, змішаний тип порушення – у 21,4 % пацієнта. При аналізі показників спірометрії в залежності від КБС була виявлена тенденція до зменшення всіх дихальних об'ємів у пацієнтів з більшою кількістю болючих суглобів. Статистична достовірність результатів спостерігалась тільки за показниками ОФВ1, ПОШ, МОШ75, МОШ50. При аналізі показників спірометрії і КПС, ВАШ та наявності ознак системного ревматоїдного запалення також виявили аналогічну картину. Однак, при оцінці взаємозв'язку ознак активності і зменшення дихальних об'ємів достовірні зміни були виявлені лише по відношенню показника ОФВ1 ( $p < 0,05$ ). При порівнянні показників спірометрії в залежності від величини DAS28 виявлено зниження швидкісних показників дихальних об'ємів.

**Висновки.** Таким чином, у хворих на ревматоїдний артрит спостерігались порушення вентиляції легень обструктивного типу, що може вказувати на наявність у даних пацієнтів субклінічного, латентного облітеруючого бронхіоліту. Аналіз взаємозв'язку клінічних показників активності ревматоїдного артрити і показників спірометрії показав тенденцію до зменшення дихальних об'ємів. Однак статистично достовірні відмінності виявлені лише для показника ОФВ1.

## ПОРІВНЯННЯ МЕТОДІВ ЗАМІСНОЇ НИРКОВОЇ ТЕРАПІЇ: ГЕМОДІАЛІЗУ ТА ГЕМОДІАФІЛЬТРАЦІЇ

Гарміш І.П.<sup>1</sup>, Галушак О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

<sup>2</sup> КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», м. Дніпро

Хронічна ниркова недостатність, або хронічна хвороба нирок (ХХН), це захворювання, яке характеризується поступовим та прогресуючим погіршенням функції нирок. За статистичними даними близько 10 % населення Землі страждають на ХХН. Термінальна хронічна ниркова недостатність (ТХНН) – це кінцева стадія ХХН. З кожним роком збільшується кількість хворих з ТХНН, що робить все більш актуальною проблему заміщення функції нирок. На цей час основним методом замісної ниркової терапії (ЗНТ) є гемодіаліз. Відносно новим методом ЗНТ є гемодіафільтрація (ГДФ), що поєднує принципи дифузії та конвекції.

**Мета дослідження:** порівняння двох методів очищення крові: гемодіалізу та гемодіафільтрації у хворих з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності.

**Методи:** було проведено аналіз 25 діалітичних карт пацієнтів, які перебували на лікуванні ГДФ-online (14 пацієнтів) – перша група, і гемодіалізом (ГД) (11 пацієнтів) – друга група. Всі пацієнти проходили ЗНТ протягом 6 місяців. Проводилось об'єктивне обстеження пацієнтів, моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, визначення рівня гемоглобіну в плазмі крові та фосфат-іона.

**Результати:** артеріальна гіпертензія (підвищення артеріального тиску (АТ) >140/90 мм рт. ст.) спостерігалась серед 51,64 % другої групи та серед 32,78 % хворих, які отримували ЗНТ за допомогою ГДФ-online ( $p < 0,05$ ). Виявлено, що у період лікування ГД у 68,62 % пацієнтів спостерігалася гіперфосфатемія різного ступеня вираженості, середній рівень склав  $2,5 \pm 0,014$  ммоль/л. В період застосування ГДФ-online, гіперфосфатемія спостерігалася лише у 53,21 % хворих, середній показник склав  $1,79 \pm 0,013$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Анемія була виявлена у 57,82 % випадків при ГД, середній рівень гемоглобіну склав  $87,52 \pm 0,64$  г/л. При використанні ГДФ-online анемія виявлена у 41,84 % пацієнтів, а середній рівень гемоглобіну становив  $105,63 \pm 0,15$  ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** таким чином, ГДФ-online в комплексній терапії ХНН позитивно впливає на показники фосфорного обміну, корекцію анемії, більш ефективно впливаючи на рівень фосфору та гемоглобіну. Застосування методу ГДФ-online позитивно впливає на гемодинамічні показники, дозволяючи поліпшити якість життя і адаптувати пацієнтів до діалізу.

## ПОШИРЕНІСТЬ ФІБРИЛЯЦІ ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

Яловенко М.І., Ханюков О.О.

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

Фібриляція передсердь (ФП) розглядається як один з найбільш вагомих чинників формування тромбоемболічних ускладнень і серцевої недостатності у пацієнтів з кардіологічними захворюваннями, у тому числі після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ІМ). Наявність ФП асоціюється з більш старшим віком пацієнтів, вираженими структурно-функціональними змінами міокарда, тяжким перебігом захворювання і виникненням інших ускладнень ІМ, зумовлюючи певні особливості тактики ведення хворих.

**Мета дослідження.** Дослідити поширеність та структуру порушень серцевого ритму у пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС).

**Методи дослідження.** Здійснено ретроспективний аналіз (загальна кількість 1145) послідовних випадків гострого інфаркту міокарда. Для подальшого аналізу відібрано 319 історій хвороб пацієнтів, що надійшли до стаціонару з ГКС та ФП. Набір матеріалу здійснювався на базі першого та другого інфарктних відділень КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради за період з 01.08.2016 р. – 01.02.2017 р.

**Отримані результати.** У досліджувану групу ввійшли 171 (53,61 %) жінка та 148 (46,39 %) чоловіків, віком від 43 до 76 років. Середній вік пацієнтів склав  $58 \pm 4,3$  років. Індекс маси тіла (ІМТ) склав  $23,7 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup>. У жінок представлений показник сягає  $24,1 \pm 1,8$  кг/м<sup>2</sup>, у чоловіків  $22,5 \pm 2,3$  кг/м<sup>2</sup> відповідно.

Діагноз нестабільна стенокардія був встановлений у 156 (48,91 %) пацієнтів, не-Q ІМ у 136 (42,63%) випадків, Q – ІМ спостерігався у 27 (8,46 %) осіб. Пароксизмальна форма ФП виявилася у 68 (21,32 %), персистуюча – у 151 (47,33 %), постійна форма діагностувалася у 100 (31,35 %) обстежених пацієнтів.

Необхідно відзначити, що у досліджуваній групі 84 пацієнта (26,33 %) хворіли на цукровий діабет (ЦД) 2 типу: 52 жінки (61,91 %) та 32 чоловіки (38,09 %). Розвиток гострого інфаркту міокарда на тлі постійної форми ФП та ЦД 2 типу спостерігався у 62 (73,81 %) пацієнтів. Персистуюча форма зустрічалася у 22 пацієнтів (26,19 %).

Із анамнезу відомо, що 127 пацієнтів (39,81 %) перенесли ІМ в минулому. Серед гендерного складу обстежуваної групи переважали жінки – 72 (56,69 %), чоловіків було 55 (43,31 %) відповідно. 67 (52,75 %) хворих перенесли один ІМ, два – відзначено у 42 (33,07 %) осіб, три – перенесло 18 пацієнтів (14,17 %).

**Висновки.** Проведене ретроспективне дослідження виявило, що фібриляція передсердь спостерігалася у 27,86 % пацієнтів з гострим коронарним синдромом. Пароксизмальна форма ФП діагностована у 21,32 %, персистуюча – у 47,33 %, постійна форма – у 31,35 % обстежених пацієнтів.



## ПОШИРЕНІСТЬ НЕЙРОПАТИЧНОГО КОМПОНЕНТУ БОЛЮ СЕРЕД ХВОРИХ ІЗ РЕВМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Черкасова Г.В., Тарнавська Н.М., Гречаник Н.М.  
ДЗ «Дніпропетровська медична академії МОЗ України», м. Дніпро

Тривалий час основною причиною больового синдрому при хронічних захворюваннях суглобів, зокрема ревматологічної етіології, вважали запальні та дегенеративні зміни в уражених суглобах, що обумовлювало модель суцільно ноцицептивного характеру болю. Тим не менш, у ряді клініко-експериментальних досліджень було продемонстровано активну роль нейрогенних механізмів у формуванні ревматичного болю та наявність значного нейропатичного компоненту болю у хворих з хронічними захворюваннями суглобів. Периферична сенситизація, як головна причина виникнення нейропатичного болю, обумовлена надмірним збудженням периферичних ноцицепторів та надчутливістю аферентних нервів як до звичайних, так і до надмірних рухів у суглобах, що є додатковим фактором виникнення болю при артриті. Таким чином, больовий суглобовий синдром у хворих із ревматологічною патологією, має поліморфний характер, де наряду із ноцицептивним характером також присутній нейропатичний компонент, наявність якого, у певній мірі, може обмежувати ефективність анальгетичної терапії та обумовлювати персистенцію хронічного больового синдрому.

**Мета.** Оцінити характер больового синдрому та поширеність нейропатичного компоненту болю серед хворих із різною ревматологічною патологією.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 105 ревматологічних хворих (60 амбулаторних та 45 стаціонарних хворих ревматологічного відділення), серед яких було 65 жінок та 40 чоловіків. Більшість склали хворі із ревматоїдним артритом (РА) – 46 (43,8 %) та остеоартрозом (ОА) – 44 (41,9 %), значно меншу частку склали хворі із псоріатичним артритом 6 – (5,7 %), серонегативними спондилоартропатіями – 5 (4,8%) та системною склеродермією (ССД) – 4 (3,8 %). Задля об'єктивізації больового синдрому використовувалися додаткові шкали: візуально-аналогова шкала (ВАШ) для визначення суб'єктивної оцінки болю на момент дослідження та опитувальник з болю (PainDetect Questionnaire – PD-Q; R. Freynhagen et al., 2006) – для визначення поширеності нейропатичного компоненту болю серед ревматологічних хворих.

**Результати.** Згідно отриманих результатів, 64,7 % (68 хворих) мали нейропатичний компонент болю, серед яких 38,6 % (40 хворих) – високу ймовірність нейропатичного компоненту болю. При цьому, серед хворих на ОА було виявлено найбільшу частку осіб із високою ймовірністю нейропатичного болю – 60 % (24 хворих). Наявність РА та ССД асоціювалися із меншою кількістю осіб з високою ймовірністю нейропатичного болю – 27,5 % (11 хворих) та 7,5 % (3 хворих) відповідно. Разом з тим було продемонстровано достовірно ( $p < 0,001$ ) вищий рівень больового синдрому за шкалою ВАШ серед хворих із високою ймовірністю нейропатичного болю ( $7,7 \pm 1,7$  балів) у порівнянні із хворими з малою ймовірністю нейропа-

тичним болем ( $6,1 \pm 2,3$  балів) з достовірно ( $p < 0,001$ ) вищим рівнем болю серед жінок зазначеної категорії ( $8,3 \pm 1,4$  балів) у порівнянні із чоловіками ( $6,9 \pm 1,8$  балів).

**Висновки.** Результатами дослідження продемонстрована значна поширеність нейропатичного болю серед хворих із ревматологічною патологією, особливо при ОА, що водночас асоціюється із достовірно вищим рівнем больового синдрому, більш вираженному серед жінок, ніж серед чоловіків, у порівнянні із хворими з малоймовірним нейропатичним болем.

### ПРЕДИКТОРИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Перцева Т.О., Конопкіна Л.І., Губа Ю.В.

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

Причини виникнення підвищеної тривожності, у хворих на ХОЗЛ на сьогодні залишаються невизначеними. У науковій літературі зустрічаються різні дані про можливі предиктори підвищеного рівня тривожності у хворих на ХОЗЛ: статус куріння, виразність задишки, наявність ХОЗЛ як такого. Визначення взаємозв'язків між наявністю підвищеної тривожності та соціально-демографічними, клінічними, функціональними показниками хворих на ХОЗЛ може дозволити встановити фактори, які сприяють її підвищенню.

**Мета:** встановити фактори, що можуть сприяти підвищенню рівня тривожності у хворих на ХОЗЛ.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 52 хворих на ХОЗЛ клінічних груп С та D у стабільну фазу патологічного процесу, які склали основну групу (чоловіків – 45 (86,5 %), жінок – 7 (13,5 %), середній вік –  $63,5 \pm 1,21$  року, середній рівень об'єму форсованого видиху за одну секунду (ОФВ<sub>1</sub>) після проби з бронхолітиком –  $39,8 \pm 1,17$  % належної величини). У залежності від наявності або відсутності підвищеної тривожності хворі були розподілені на дві підгрупи: підгрупа 1 – 12 пацієнтів з підвищеним рівнем тривожності, підгрупа 2 – 40 пацієнтів з нормальним її рівнем. Хворі у підгрупах не відрізнялися за віком, статтю та рівнем ОФВ<sub>1</sub> ( $p > 0,05$ ).

Методи дослідження включали загальноклінічні, у тому числі оцінку виразності симптомів ХОЗЛ за анкетами mMRC, CAT, CCQ (домени «симптоми», «функціональний стан», «психічний стан», «сума»), комп'ютерну спірометрію з визначенням рівня ОФВ<sub>1</sub> до та після проби з бронхолітиком, пульсоксиметрію (SpO<sub>2</sub>), оцінку толерантності до фізичного навантаження за тестом 6-хвилинної ходьби. Оцінка психічного стану проводилася за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

**Результати.** Було визначено, що хворі підгруп 1 та 2 суттєво не відрізнялися за соціально-демографічними показниками (сімейним станом, отриманою

освітою чи видом діяльності, витратами на лікування основного захворювання, статусом куріння ( $p > 0,05$  для всіх показників)). В той же час було встановлено, що у хворих підгрупи 1 виразність симптомів ХОЗЛ (за анкетною САТ) та виразність задишки (за шкалою mMRC) були достовірно вищими порівняно з хворими підгрупи 2 ( $p = 0,011$ ,  $p = 0,049$  відповідно). Крім того, було визначено, що психічний стан, пов'язаний з ХОЗЛ, та функціональний стан хворих були гіршими у хворих підгрупи 1, ніж у хворих підгрупи 2 (за анкетною ССQ, домени «сума», «психічний стан», «функціональний стан» ( $p = 0,043$ ,  $p = 0,048$ ,  $p = 0,043$  відповідно). При цьому рівні функціональних показників (рівень ОФВ<sub>2</sub> до та після проби з бронхолітиком, рівень SpO<sub>2</sub> до та після фізичного навантаження, толерантність до фізичного навантаження) у хворих підгруп 1 та 2 достовірно не відрізнялися ( $p > 0,05$  для усіх показників).

**Висновки.** У хворих на ХОЗЛ з тяжким його перебігом наявність підвищеного рівня тривожності може мати зв'язок з високою виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ у цілому та задишки зокрема, а також погіршенням психічного стану, пов'язаного безпосередньо з наявністю ХОЗЛ

---

## ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО КЛАССА НА КАФЕДРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Карапетян К.Г., Гармиш И.П., Кушнир Ю.С., Фролова Е.А., Сиренко О.Ю.  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

Широкое использование компьютерных технологий в процессе обучения в настоящее время не имеет альтернативы. Однако процесс перехода на информационные технологии обучения сдерживается ограниченностью ресурсов. Поэтому каждый шаг вперед в этом направлении должен обеспечивать высокую эффективность затрат и создавать основу для дальнейшего развития. Появление на кафедрах достаточного количества современных компьютеров дает возможность создания компьютерных классов. При этом необходимо четко определить потенциал таких классов и необходимость достаточного уровня информационного обеспечения.

Мы полагаем, что класс может использоваться в следующих режимах: обучающий, контролирующий и справочный, а так же как место доступа в общую и локальные сети.

Исходя из этих положений, как методическую основу построения информационного обеспечения компьютерного класса на кафедре терапевтического профиля, предлагаем следующие принципы:

- этапность создания (очередь);
- модульная структура (возможность создавать систему и редактировать её модулями);

- многоуровневость (система обеспечивает работу пользователей с разным уровнем подготовки по предмету и разным опытом пользователя): студент, клинический ординатор, врач клиники, преподаватель;
- разделение доступов для пользователей с различными правами и их регистрация;
  - защита системы от случайного или намеренного вмешательства;
  - наличие системы гиперссылок;
  - готовность к интеграции (возможность системы работать как автономно, так и в составе более крупной сети (факультета, вуза);
  - информационные, обучающие и контролирующие профили каждого уровня;
  - интуитивно понятный интерфейс.

Для примера рассмотрим структуру уровня студент 5 курса.

Доступ в систему обеспечивается под контролем преподавателя и самостоятельно.

Уровень состоит из 2 блоков (основного и дополнительного), а содержание их структурируется согласно учебному плану (по темам занятий) и одноименных основным разделам третьей оси Крока-2. В доступе как методические материалы, так и клинические и параклинические иллюстрации учебных тем.

На наш взгляд, на первом этапе наполнения системы следует сознательно ограничить масштаб задач. Это даст опыт пользования системой, выявит возможные проблемы и определит наиболее затребованные разделы. Этот опыт необходим для достижения оптимального баланса между желанием создать универсальную и всеобъемлющую систему, конкретными задачами обучения и ограниченностью временного и материального ресурса.

---

## **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АПЕЛИНА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО**

Юшко К.А., Коваль С.Н., Старченко Т.Г.

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

**Цель.** Оценить прогностическое значение апелина сыворотки крови в развитии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без него.

**Материалы и методы.** Обследовано 43 больных ГБ с СД 2 типа (21 женщина и 22 мужчин), средний возраст ( $57 \pm 4,6$ ) лет и 20 больных ГБ с СД 2 типа (11 женщина, 9 мужчин), средний возраст ( $56 \pm 4,2$ ) лет. Комплекс обследования включал общеклинические методы, биохимическое исследование крови с определени-

ем уровней гликемии натощак, инсулина, с расчетом индекса инсулинорезистентности (НОМА), липидограмма крови, ультразвуковое исследование сердца. Уровни апелина в крови определяли иммуноферментным методом. В статистическом анализе использовались многофакторный регрессионный анализ с созданием модели бинарной логистической регрессии, статистика Вальда, ROC-анализ.

**Результаты.** Проанализированы следующие данные: возраст, пол, наличие СД 2 типа, индекс массы тела, наличие абдоминального ожирения, гликемия натощак, инсулин, НОМА, уровни и отклонения от нормы общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов, уровни апелина, которые были отобраны как независимые переменные. В качестве зависимой переменной выступала переменная, которая принимала значение 0 (нет ГЛЖ) и 1 (есть ГЛЖ).

Метод пошаговой логистической регрессии позволил выделить 5 наиболее значимых показателей, которые использовались как прогностические факторы для оценки достоверности отнесения каждого пациента к прогнозируемому состоянию. На основании наиболее значимых факторов было получено уравнение для определения вероятности развития ГЛЖ:

$$\text{ПИглж} = [1 + \exp(-a_1 \cdot x_1 + a_2 \cdot X_2 + a_3 \cdot X_3 + a_4 \cdot X_4 + a_5 \cdot X_5 + 18,609)]^{-1}, \text{ где:}$$

ПИглж – прогностичный индекс,  $x_1$  – пол (1 – женский, 2 – мужской);  $x_2$  – наличие СД 2 типа (1 – есть, 2 – нет);  $x_3$  – концентрация апелина (нг/мл);  $x_4$  – ХС ЛПНП (ммоль/л),  $x_5$  – отклонение от нормы ХС ЛПВП (1 – норма, 2 – меньше нормы);  $a_1$  (-4,180),  $a_2$  (4,384),  $a_3$  (-23,863),  $a_4$  (2,060),  $a_5$  (2,212) – определенные коэффициенты значимости. Если рассчитанное значение ПИглж больше 0,5, то прогнозируется высокий риск развития ГЛЖ.

Данная математическая модель была проверена в клинической практике при прогнозировании риска развития ГЛЖ у больных ГБ с СД 2 типа и без него. Степень воспроизводимости математической модели при использовании в медицинской практике составила 93 %.

**Выводы.** Результаты проведенного анализа свидетельствуют о большой прогностической значимости апелина, что позволило разработать математическую модель прогнозирования риска развития ГЛЖ у больных ГБ с СД 2 типа и без него. Указанная модель может обеспечить возможность осуществлять достоверную и одновременно упрощенную количественную оценку риска развития ГЛЖ сердца у больных ГБ, в том числе и с СД 2 типа, что позволяет повысить эффективность лечения и снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

## ПРУЖНО-ЕЛАСТИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ СТІНКИ І ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ ТА ОЖИРІННЯМ

Колесник Т.В., Надюк А.В., Косова Г.А., Колесник Е.Л.  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

**Мета:** визначити взаємозв'язок пружно-еластичних властивостей артеріальної стінки з рівнем глюкози, інсуліну та індексу НОМА серед чоловіків з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії з ожирінням.

**Матеріали та методи:** обстежено 68 чоловіків з ГХ II стадії, які були розподілені за значенням індексу маси тіла (ІМТ) на дві групи: I група – 31 чоловік з надлишковою масою тіла та II група – 37 хворих з ожирінням I–III ступеню. Пружно-еластичні властивості артеріальної стінки визначали за допомогою артеріографа Tensioclinic (Tensiomed, Угорщина). Величини представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розподілу даних (25 %; 75 %).

Середній вік по групах склав: у I – 44,00 (40,00; 54,00), у II – 43,00 (37,00; 51,00) років відповідно. Достовірної різниці між групами за віком не встановлено ( $p > 0,05$ ). У I групі ІМТ дорівнював 27,72 (26,88; 29,07)  $\text{кг}/\text{м}^2$  і був достовірно нижчим у порівнянні з II групою – 33,31 (31,80; 38,20)  $\text{кг}/\text{м}^2$  ( $p < 0,05$ ). У хворих I групи об'єм талії (ОТ) та стегон (ОС) склали 102,00 (97,00; 106,00) см і 106,00 (103,00; 110,00) см відповідно та були значно менше, ніж ОТ та ОС у II групі – 117,5 (113,0; 130,0) см ( $p < 0,05$ ) та 114,5 (110,5; 123,5) см ( $p < 0,05$ ) відповідно.

**Результати:** рівні систолічного АТ (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) на плечовій артерії, центрального САТ в аорті (ЦСАТ) та гомілково-плечевого індексу (ГПІ) поміж групами статистично не відрізнялись ( $p > 0,05$ ). У хворих II групи встановлено вищий рівень ЧСС, ніж у I групі ( $p < 0,05$ ). Достовірної різниці за показником швидкості розповсюдження пульсової хвилі (ШРПХ) між групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 1.

### Показники центральної та периферичної гемодинаміки у обстежених хворих

Показник	I група, надлишкова вага, n=31	II група, ожиріння I–III ст, n=37
САТ, мм рт. ст.	148,00 (141,00; 164,00)	150,00 (137,00; 167,00)
ДАТ, мм рт. ст.	95,50 (86,00; 100,00)	95,00 (84,00; 102,00)
ЧСС, уд/хв.	68,00 (58,00; 77,00)	78,00 (68,00; 90,00)*
ЦСАТ, мм рт. ст.	144,80 (135,00; 160,20)	143,00 (124,00; 160,30)
ШРПХ, м/с	10,35 (8,60; 11,10)	10,10 (9,10; 11,00)
ГПІ	1,27 (1,17; 1,32)	1,21 (1,20; 1,30)

Примітка для таблиць 1 і 2. \* –  $p < 0,05$  поміж групами I та II.

При аналізі показників вуглеводного обміну (табл. 2) встановлено, що при нормальній величині тощакової глюкози плазми крові в обох групах, рівень ін-

суліну зростав в залежності від ІМТ. При ожирінні концентрація інсуліну крові була достовірно ( $p < 0,05$ ) у 1,53 рази вище, ніж при надлишкової вазі ( $p < 0,05$ ). При цьому значення інсуліну вище норми було виявлено у 10,81 % хворих II групи і у жодного пацієнта I групи.

При ожирінні індекс НОМА був на 31,71 % вищий, ніж за наявності надлишкової маси тіла. Інсулінорезистентність (індекс НОМА  $> 2,77$ ) була виявлена 16,13 % пацієнтів I групи та у 43,24 % обстежених II групи.

Таблиця 2.

#### Характеристика вуглеводного обміну у обстежених хворих

Показник	I група, надлишкова вага, n=31	II група, ожиріння I–III ст, n=37
Глюкоза, ммоль/л	5,03 (4,20; 5,50)	5,21 (4,78; 5,50)
Інсулін, мкОД/л	11,93 (9,23; 13,45)*	18,26 (14,58; 31,64)#\$
Індекс НОМА	2,80 (2,37; 3,07)*	4,10 (2,58; 7,15)#\$

При проведенні багатофакторного кореляційного аналізу у I та II групах ЦСАТ був асоційований з віком ( $r = +0,45$ ;  $p < 0,05$  та  $r = +0,39$ ;  $p < 0,05$  по групах відповідно).

Виявлено позитивний кореляційний зв'язок лише у хворих II групи рівня інсуліну зі ШРПХ ( $r = +0,46$ ;  $p < 0,05$ ), САТ ( $r = +0,52$ ;  $p < 0,05$ ), ДАТ ( $r = +0,47$ ;  $p < 0,05$ ), ЧСС ( $r = +0,63$ ;  $p < 0,05$ ), ОТ ( $r = +0,63$ ;  $p < 0,05$ ), ОС ( $r = +0,57$ ;  $p < 0,05$ ). Підвищення індексу НОМА було асоційовано зі збільшенням САТ ( $r = +0,54$ ;  $p < 0,05$ ), ДАТ ( $r = +0,45$ ;  $p < 0,05$ ), ЦСАТ ( $r = +0,42$ ;  $p < 0,05$ ), ЧСС ( $r = +0,43$ ;  $p < 0,05$ ), ОТ ( $r = +0,71$ ;  $p < 0,05$ ), ОС ( $r = +0,47$ ;  $p < 0,05$ ) та зниженням ГПІ ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ) також тільки у пацієнтів з ожирінням.

**Висновки.** Встановлено, що у чоловіків з ГХ II стадії та ожирінням на відміну від пацієнтів з ГХ II стадії та надлишковою вагою патологічні зміни пружно-еластичних властивостей судинної стінки асоційовано з порушенням вуглеводного обміну. Підвищення рівня інсуліну було пов'язано з прискоренням швидкості розповсюдження пульсової хвилі, а збільшення індексу НОМА – з підвищенням центрального систолічного АТ та зниженням гомілково-плечового індексу.

#### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Рокутова М.К., Марциник Е.Н., Тищенко И.В., Мальяр Е.Ю., Игрушкина П.В.  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

**Цель:** выявить ранние маркеры развития инсулинорезистентности (ИР) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 типа.

**Матеріали і методи дослідження:** Обстежено 53 пацієнта з СД 1 типу (середня тривалість захворювання – 16,0 (12,0; 25,0) років), які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні. Серед хворих – 26 (49,0 %) чоловіків і 27 (51,0 %) жінок. Середній вік склав 42,0 (31,0; 45,0) років. Крім загальноклінічних методів дослідження, оцінки об'єктивних даних і анамнезу захворювання проводили антропометрію, тонометрію, досліджували глікемічний профіль, HbA1C, показувач eGDR – індекс ІР при СД 1 типу, статистичний аналіз – для узагальнення отриманих результатів (непараметричні методи описательної статистики, кореляційний аналіз).

**Результати дослідження.** В групі пацієнтів (n=53) середній показувач HbA1C склав 9,6 (8,5; 10,8) %, маси тіла – 74,0 (58,0; 88,0) кг, індекса маси тіла (ІМТ) – 25,2 (21,6; 32,4) кг/м<sup>2</sup>, об'єму талії (ОТ) – 89,0 (81,0; 96,0) см, співвідношень ОТ/рост – 0,54 (0,46; 0,58) і ОТ/об'єму бедер (ОТ/ОБ) – 0,91 (0,86; 0,92). Артеріальна гіпертензія (АГ) виявлена у 41 (77,4 %) хворих; ІР – у 43 (81,1 %) пацієнтів, середній рівень eGDR склав 4,8 (3,3; 6,5) мг/кг/хв. Середня суточна доза інсуліну склала 71,0 (62,0; 79,0) одиниць в день, потреба в інсуліні – 0,91 (0,82; 1,13) Ед/кг/сутки. Середній рівень гіпоглікемічних станів в місяць – 6,0 (3,0; 9,0) епізодів. Пацієнти відзначили наявність приросту маси тіла за останні 5 років в середньому на 5,2 (2,9; 9,4) кг. В групі досліджуваних не дотримувалися дієтотерапії 49 (92,4 %) хворих і 36 (68,0 %) пацієнтів не займалися фізичною активністю. В групі пацієнтів була виявлена достовірна кореляційна зв'язь між eGDR і віком ( $r=-0,38$ ,  $p<0,05$ ), ІМТ ( $r=-0,48$ ,  $p<0,05$ ), масою тіла ( $r=-0,68$ ,  $p<0,01$ ), тривалістю СД ( $r=-0,54$ ,  $p<0,01$ ), тривалістю АГ ( $r=-0,51$ ,  $p<0,01$ ), малоподвижним способом життя ( $r=0,55$ ,  $p<0,01$ ), суточною дозою інсулінотерапії ( $r=0,71$ ,  $p<0,01$ ), приростом маси тіла за останні 5 років ( $r=-0,76$ ,  $p<0,001$ ), гіпоглікемічними станами в місяць ( $r=0,74$ ,  $p<0,001$ ), порушеннями дієтотерапії і введенням додаткових одиниць інсуліну короткого дії в день ( $r=0,54$ ,  $p<0,01$ ).

**Висновки.** У більшості (81,1 %) пацієнтів з тривалістю цукрового діабету більше 10 років виявлена інсулінорезистентність. К раннім маркерам ризику розвитку ІР при СД 1 типу можна віднести: високу суточну потребу в інсулінотерапії і часті гіпоглікемічні стани, тривалість цукрового діабету і/або АГ, малоподвижний спосіб життя, несоблюдення дієтотерапії, прирост маси тіла в місяць останніх 5 років, високий ІМТ, а також вік пацієнта. У пацієнтів з СД 1 типу розрахунок індекса eGDR необхідно для оцінки ризику розвитку і ранньої діагностики ІР, а також профілактики і корекції даного стану.



## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ HELICOBAKTER PYLORI СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Гармиш И.П.<sup>1</sup>, Маргитич С.В.<sup>2</sup>, Максаков Д.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

<sup>2</sup> КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр

Хроническая крапивница является распространенной проблемой, затрагивающей до 1 % от общей численности населения. Этиологический фактор развития хронической рецидивирующей крапивницы неизвестен, но к триггерным факторам относят: непереносимость продуктов питания и лекарств, наличие сопутствующей патологии и некоторых инфекций. В последнее время широко обсуждается возможная связь между обострениями хронической рецидивирующей крапивницы и наличием хеликобактерной инфекции.

**Цель.** Оценить распространенность инфекции *H. Pylori* среди пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей.

**Методы.** Обследовано 37 пациентов с диагнозом: хроническая рецидивирующая крапивница. Наличие хеликобактерной инфекции оценивалось с помощью стул-теста с определением антигена *H. pylori*.

**Результаты.** У 24 пациентов (64,86 %) страдающих хронической крапивницей было подтверждено наличие хеликобактерной инфекции. Этой группе пациентов была назначена антихеликобактерная эрадикационная терапия (пантопрозол, кларитромицин, амоксициллин). После окончания курса эрадикационной терапии у 19 пациентов (79,17 %) контрольный стул-тест показал отрицательный результат. Среди этой группы пациентов 14 человек (73,68 %) отметили уменьшение количества, интенсивности и частоты высыпаний.

**Выводы.** Возможна роль *Helicobacter pylori* в обострении симптомов хронической крапивницы, несмотря на отсутствие прямой этиологической связи между *H. Pylori* и инфекцией и таким заболеванием, как хроническая рецидивирующая крапивница. Терапия, направленная на эрадикацию *H. Pylori* приводит к уменьшению выраженности проявлений хронической крапивницы.

---

## РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Маргитич С.В., Максаков Д.Н., Филиппова Е.В., Карп К.С., Карп А.С.  
КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр

**Цель.** Выявление сенсибилизации к аллергенам на молекулярном уровне с использованием природных очищенных или рекомбинантных молекул аллергенов. Определение истинной сенсибилизации от сенсибилизации в следствии перекрёстной реактивности.

**Материалы и методы.** На базе аллергологического отделения совместно с кафедрой внутренних болезней 2 и клинической лабораторией обследованы 146

пациентов (86 женщин и 60 мужчин в возрасте 18–68 лет), с клиникой бронхиальной астмы, поллиноза, аллергического ринита и конъюнктивита, пищевой и инсектной аллергии.

Большим проведена следующая диагностическая программа: учёт жалоб, анамнеза заболевания, клиники заболевания, показателей: общего анализа крови, уровня общего IgE, иммунологического исследования крови (определение показателей гуморального и клеточного иммунитета), цитологического исследования мазков со слизистой век и носа, анализа мокроты, спирографии, бронхомотного теста, прик-тестирования с ингаляционными, инсектными аллергенами.

В соответствии с консенсусом WAO-ARIA-GA2 LEN с целью выявления истинной сенсибилизации и сенсибилизации в следствии перекрёстной реактивности при поливалентной сенсибилизации, оценки риска возникновения тяжёлых реакций системного характера при пищевой аллергии, подбора аллергенов для проведения аллергенспецифической иммунотерапии проводился иммуноферментный анализ крови с использованием мультиплексной панели ISAC, а также определения уровня специфического IgE (sIgE) к пищевым, ингаляционным, инсектным аллергенам, латексу, перекрёстно реагирующей углеводной детерминанте (CCD).

**Результаты.** У всех пациентов выявлен повышенный уровень общего IgE.

Положительные результаты прик-тестирования 116-ти пациентов, из них у 32 более чем с 10 ингаляционными аллергенами. 30 пациентов показали сомнительные результаты, при наличии соответствующей клиники заболевания.

По данным молекулярной диагностики сенсибилизация выявлена у 145 пациентов, из них моносенсибилизация – у 137, полисенсибилизация – у 8. У одного пациента отрицательный результат.

**Выводы.** Проведение молекулярной диагностики аллергии позволяет:

1. Дифференцировать истинную сенсибилизацию от перекрёстной реактивности у пациентов с поливалентной сенсибилизацией, что невозможно при проведении прик-тестирования.

2. Проводить диагностику в стадии обострения заболевания.

3. Проводить диагностику с большим количеством аллергенов, используя один анализ крови.

4. Выявить истинный сенсибилизирующий аллерген для проведения качественной аллергенспецифической иммунотерапии.

## РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИН ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Дроздова І.В., Бабець А.А., Ємець М.М., Полницька Ю.А.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

**Мета** – визначити структурно-функціональні особливості брахіоцефальних судин у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з ішемічним мозковим інсультом (ІМІ).

**Матеріали та методи.** В клініці ДУ «УкрДержНДІМСПІ МОЗ України» обстежено 58 осіб з АГ III стадії у пізньому відновному періоді після перенесеного ІМІ. Хворим проводили доплер ехокардіографічне дослідження – на апараті Sonos (Philips), ультразвукове дослідження брахіоцефальних артерій – на апараті LOGIC 5P PRO.

**Результати.** Потовщення комплексу інтима-медіа (КІМ) > 0,09 мм зустрічалося у 45,5 % усіх пацієнтів, тоді як при ексцентричній і концентричній гіпертрофії та у осіб з концентричним ремоделюванням – у 32,5; 20,0 і 45,0 %. Серед осіб з нормальним КІМ добовий профіль АТ non-dipper зустрічався у 31,3 %, night-peaker – у 8,3 %, dipper – у 54,2 %, over-dipper – у 5,2 % обстежених; тоді як при потовщенні КІМ зростали поширеність night-peaker до 20,0 % та non-dipper – до 32,5 %.

Діаметри правих загальних сонних артерій (ЗСА) у пацієнтів з АГ III стадії зростали при ексцентричній – на 3,36 % і концентричній гіпертрофії – на 12,46 % та при концентричному ремоделюванні – на 0,7 %. Водночас зменшувалися максимальні швидкості кровоплину (МШК) на правих ЗСА при ексцентричній – на 1,51 % і концентричній гіпертрофії – на 10,15 % та при концентричному ремоделюванні – на 3,51 %. Індекси резистентності (ІР) правих ЗСА хворих збільшувалися при ексцентричній – на 0,96 % і концентричній гіпертрофії – на 5,08 % та знижувалися при концентричному ремоделюванні – на 3,57 %.

Діаметри лівих ЗСА у пацієнтів з АГ III стадії зростали при ексцентричній – на 3,57 % і концентричній гіпертрофії – на 2,58 % та при концентричному ремоделюванні – на 3,57 %. В цей же час знижувалися МШК й ІР на лівих ЗСА у хворих при ексцентричній – на 5,91 і 3,49 %, концентричній гіпертрофії – на 14,71 і 2,69 % та при концентричному ремоделюванні – на 5,67 і 2,95 %.

Діаметри правих внутрішніх сонних артерій (ВСА) у пацієнтів з АГ III стадії зростали при ексцентричній – на 4,13 % і концентричній гіпертрофії – на 8,86 % та при концентричному ремоделюванні – на 5,51 %. В цей же час знижувалися МШК й ІР на правих ВСА у обстежених хворих при ексцентричній – на 7,77 і 1,66 %, концентричній гіпертрофії – на 4,41 і 6,36 % та при концентричному ремоделюванні – на 2,07 % та збільшувався ІР ПВСА – на 2,07 %.

Діаметри лівих ВСА у хворих з ІМІ зменшувалися при ексцентричній – на 0,77 % і збільшувалися концентричній гіпертрофії – на 1,51 % та при концен-

тричному ремоделюванні – на 0,38 %. В цей же час знижувалися МШК й ІР на лівих ВСА у обстежених пацієнтів при ексцентричній – на 10,55 і 4,35 %, концентричній гіпертрофії – на 5,57 і 0,54 % та при концентричному ремоделюванні зростали на 1,16 % та 0,95 %. Комплекс інтима-медіа у обстежених пацієнтів мав тенденцію до зменшення при ексцентричній – на 5,55 % і збільшення при концентричній гіпертрофії – на 10,0 % і концентричному ремоделюванні – на 1,03 %.

**Висновки.** Дослідження брахіоцефальних артерій у хворих на артеріальну гіпертензію з ішемічним мозковим інсультом мають бути обов'язковим обстеженням при проведенні медико-соціальної експертизи та потребують подальшого вивчення стосовної прогностичної значущості.

---

### **РИЗИК ДИСЛІПІДЕМІЇ У ПРАЦІВНИКІВ ПІДЗЕМНОГО ВИДОБУВАННЯ ЗАЛІЗНОЇ РУДИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Шохова М.О.

ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»,  
м. Кривий Ріг

**Мета.** Визначити ризик дисліпідемії у гірників, хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) першої та другої стадії з супутньою артеріальною гіпертензією (АГ) першого та другого ступеня, або без АГ.

**Методи дослідження.** Клініко-інструментальні, лабораторні, санітарно-статистичні, епідеміологічні, медико-статистичні. Основна група – 125 гірників хворих на ХОЗЛ першого та другого ступеня (середній стаж працівників складав  $21,9 \pm 0,6$  років, середній вік  $52,5 \pm 0,7$  роки), та контрольна група – 55 чоловіків (26 чоловік які працювали в шкідливих умовах праці (кл 3.2), та були практично здорові, із тиском  $124 \pm 1,0/80 \pm 0,75$  мм рт. ст., та 29 працівників підземного видобутку залізної руди які мали АГ у відсутності ХОЗЛ), середнім віком  $50,7 \pm 1,0$  років. Відбір пацієнтів для дослідження проводилося методом випадкової вибірки, що відповідають вимогам репрезентативності по відноsinам до досліджуваної сукупності. Критеріями вилучення з дослідження були симптоматична АГ, та інші захворювання, які могли б вплинути на результати дослідження.

**Результати.** При аналізі отриманих результатів найбільш показним вийшов індекс атерогенності. По-перше як інтегральний показник, по-друге аналізувався за ймовірність виходу за межі норми а не порівняння середніх контроль – дослід.

Індекс атерогенності вище за 3 був у 66,4 % пацієнтів з об'ємом форсованого видиху за 1 сек. (ОФВ<sub>1</sub>) менш 62 % (всього кількість спостережень 47, кількість пацієнтів з індексом атерогенності більше за 3 – 46), а ризик складав 0,978; у пацієнтів з ОФВ<sub>1</sub> від 62 до 75 % (всього кількість спостережень 24, кількість більше 3 у 15) ризик становив 0,625; у пацієнтів з ОФВ<sub>1</sub> більше 75 % ризик становив 0,69 (всього кількість спостережень 29, кількість більше 3 у 20). Тобто найбільший ри-

ризик дисліпідемії у хворих з ОФВ<sub>1</sub> менше 62 %. При підрахунку коефіцієнта атерогенності при наявності АГ (кількість спостережень 125 при кількості випадків 77) атрибутивний ризик (AR) становив 0,616, відносний ризик (RR) 2,9\* (достовірно капша 95 %) та етіологічної долі (EF, %) АГ при наявності ХОЗЛ у 65,5 %. В залежності від стадії АГ виявлене, що при відсутності АГ (кількість випадків 6 при кількості спостережень 29) AR=0,21; ризик дисліпідемії при АГ першого ступеня (кількість спостережень 5 при кількості випадків 2) AR=0,4, RR=1,9 (достовірно капша 95 %) та етіологічної долі (EF, %) АГ у 47,4 %; При АГ другого ступеня (кількість спостережень 88 при кількості випадків 75) AR=0,85, RR= 4,0 (достовірно капша 95 %) та EF=75 %; Тобто найбільший ризик дисліпідемії у хворих на АГ другого ступеня.

При підрахунку коефіцієнта атерогенності в залежності від наявності ХОЗЛ (кількість спостережень 125 при кількості випадків 60) атрибутивний ризик (AR) становив 0,48. При наявності АГ у відсутності ХОЗЛ (кількість спостережень 30, кількість випадків 23) AR= 0,77. В залежності від стадії ХОЗЛ виявлене, що при ХОЗЛ першої стадії (кількість спостережень 43 при кількості випадків 21) AR=0,48, (достовірно капша 95 %). При ХОЗЛ другої стадії (кількість спостережень 49 при кількості випадків 39) AR=0,79, RR=1,03 та EF=3 % (достовірно капша 95 %), тобто найбільший ризик дисліпідемії у хворих на ХОЗЛ другої стадії.

**Висновки.** Найбільший ризик дисліпідемії у працівників підземного видобування залізної руди, що мають АГ другого ступеня ХОЗЛ другої стадії. Визначення ризику дисліпідемії дає підставу для подальшої розробки методів своєчасної діагностики та впровадженні комплексу заходів, спрямованих на запобігання розвитку дисліпідемії як основного з факторів розвитку атеросклерозу та ІХСу працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості.

---

### **РИСК РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ, ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР, ПОСТПРАНДИАЛЬНАЯ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА**

Гречаник М.М.<sup>1</sup>, Ходасенко О.Н.<sup>1</sup>, Трунова Л.А.<sup>2</sup>, Богдан Л.Г.<sup>2</sup>, Мосенцева О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

<sup>2</sup> КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр

**Цель исследования:** оценить риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий (ССС), липидный спектр, постпрандиальную гипертриглицеридемию (ППГ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с неалкогольным стеатозом печени в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

**Методи дослідження.** Обстежено 38 пацієнтів. Виділено 2 групи: основну групу склали 24 чоловіки (середній вік –  $56 \pm 5,05$  років) з ІБС: стабільної стенокардією напруження 2–3 функціональний клас (ФК) в поєднанні з стеатозом печінки. Контрольну групу – 14 пацієнтів (середній вік –  $58,2 \pm 4,9$  років) з ІБС, без стеатоза. Основну групу розділили на 3 підгрупи в залежності від ІМТ: підгрупа 1 – з избыточної масою тіла (ІМТ від 25 до  $29,9 \text{ кг/м}^2$ ) ( $n=8$ ), підгрупа 2 – ожирінням 1 ступені (ІМТ від 30 до  $34,9 \text{ кг/м}^2$ ) ( $n=10$ ), підгрупа 3 – ожирінням 2 ступені (ІМТ від 35 до  $39,9 \text{ кг/м}^2$ ) ( $n=6$ ). Критерії включення: наявність ІБС: стабільної стенокардії напруження 2–3 ФК, наявність стеатоза печінки, інформоване згоду пацієнта. Критерії виключення: гострий порушення мозкового кровообігу в анамнезі терміном до 6 місяців, інфаркт міокарда в анамнезі терміном до 6 місяців, цукровий діабет, ожиріння 4 ступені, наявність вірусного гепатиту.

**Результати дослідження.** При аналізі ризиків за шкалою SCORE в основній групі помірний ризик виявлено у 13 (54 %), в групі контролю у 6 (42 %). Високий ризик – у 10 (41 %) в основній групі і у 7 (50 %) в контрольній групі. Дуже високий ризик в основній групі – у 1 (4 %), в групі контролю – у 1 (8 %). При аналізі результатів в залежності від ІМТ помірний ризик був виявлено у 4 (50 %) пацієнтів в підгрупі 1, у 7 (70 %) в підгрупі 2, у 2 (33 %) в підгрупі 3. Високий ризик – у 4 (50 %) в підгрупі 1, у 2 (20 %) в підгрупі 2, у 4 (67 %) в підгрупі 3. Дуже високий ризик – у 1 (10 %) в групі 2. Встановлено достовірно вищий ризик розвитку ССС в підгрупі 3 в порівнянні з підгрупою 2 ( $p < 0,05$ ). При аналізі ліпідного спектра достовірних відмінностей показників загального холестерину, ліпопротеїнів низької щільності, ліпопротеїнів дуже низької щільності в основній групі з контрольною і в підгрупах в залежності від ІМТ не зафіксовано. Середній рівень ТГ в основній групі достовірно вище (на 19 %) ніж в групі контролю ( $p < 0,05$ ) і корелював з ризиком ССС ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ). Через 6 годин після вживання ЖН в основній групі зафіксовано збільшення рівня ТГ в сироватці крові на 39 % (з  $2,2 \text{ ммоль/л}$  до  $3,7 \text{ ммоль/л}$ ,  $p < 0,05$ ), в групі контролю – на 125 % (з  $1,8 \text{ ммоль/л}$  до  $4,03 \text{ ммоль/л}$ ,  $p < 0,05$ ). Найбільший приріст рівня ТГ при проведенні проби з ЖН зафіксовано в підгрупі 1, а найменший – в підгрупі 3.

**Висновки.** Розрахунок ризику ССС на основі стандартної шкали SCORE для пацієнтів з ІБС і стеатозом печінки не дає можливості максимально точно виділити групи пацієнтів з високим і дуже високим ризиком. Максимально виражені змінення ПЛГ зареєстровані в підгрупі 1 і 2 – збільшення рівня ТГ на 70 % ( $p = 0,03$ ) і на 62 % ( $p = 0,04$ ). В підгрупі 2 виявлено пряму кореляційну зв'язь показателя ПЛГ з рівнем ТГ ( $r = 0,75$ ,  $p < 0,05$ ) і ризиком розвитку фатальних ССС ( $r = 0,74$ ,  $p < 0,05$ ).

## **РОЛЬ ЗВ'ЯЗКУ ЛАТЕНТНОЇ ГІПЕРУРИКЕМІЇ З АТЕРОГЕННОЮ ДИСЛІПІДЕМІЄЮ У ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ У ПЕРВИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

Маркова О.Я., Швець С.В.

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

Дослідження останніх років довели тісний зв'язок між абдомінальним ожирінням, дисліпідемією, інсулінорезистентністю, системним запаленням, а також ендотеліальною дисфункцією у розвитку атеросклерозу та ІХС. Цей кластер названо метаболічним синдромом. Останнім часом до його складу включено подагру. Епідеміологічними, клінічними та експериментальними дослідженнями підтверджено асоціацію між подагрою та атеросклеротичним ураженням серцево-судинної системи. Однак недостатньо досліджень, в яких вивчався вплив латентної гіперурикемії на розвиток кардіометаболічних порушень.

**Мета дослідження.** Зіставити концентрацію сечової кислоти в крові з рівнем загального холестерину (ХСзаг), ліпопротеїнів низької (ЛПНЩ) і високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), глікемії у пацієнтів з абдомінальним ожирінням та їх вплив на рівень серцево-судинного ризику.

**Матеріали та методи дослідження.** Критерії включення: наявність абдомінального ожиріння, гіперурикемії, атерогенної дисліпідемії. Критерії виключення: цукровий діабет, хронічні форми ішемічної хвороби серця, артеріальна гіпертензія, гострий коронарний синдром, перенесений інфаркт міокарда, інсульти, транзиторна ішемічна атака, хронічна хвороба нирок, серцева недостатність. Обстеження пацієнтів проводили згідно з Наказом МОЗ України № 564 від 13.06.2016 року «Профілактика серцево-судинних захворювань». Ожиріння визначали за індексом маси тіла ( $IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ), а абдомінальне ожиріння – за обсягом талії (понад 88 см). Осцилометричним методом вимірювали артеріальний тиск (АТ) на плечовій артерії. Визначали рівні ХСзаг, ЛПВЩ, ЛПНЩ, ТГ, глікемію натщесерце та сечової кислоти в крові. За шкалою SCORE розраховували рівень серцево-судинного ризику. До дослідження увійшли 30 чоловіків віком від 31 до 59 років, які не мали скарг.

**Результати дослідження.** Серед обстежених у 15  $IMT$  знаходився в межах від 30 до 35  $\text{кг/м}^2$ , у 10 – від 36 до 40  $\text{кг/м}^2$ , у 5 – понад 40  $\text{кг/м}^2$ . Обсяг талії (ОТ) у 8 пацієнтів становив від 88 до 102 см, у 15 – від 102 до 110 см, у 7 – понад 110 см. У пацієнтів з морбідним ожирінням ( $IMT$  понад 40  $\text{кг/м}^2$ ) ОТ перевищував 110 см. АТ відповідав нормальному рівню у 18 (60 %) пацієнтів, у решти знаходився у межах високого нормального АТ. Переважна більшість обстежених палили (26 або 86,7 %). Рівень ХСзаг перевищував 6,5 ммоль/л у 21 (70 %) пацієнта, у решти понад 5,0 ммоль/л. Рівень глюкози в плазмі крові натщесерце > 5,6 ммоль/л, але < 7,0 ммоль/л у 64,5 % пацієнтів. Рівень серцево-судинного ризику за шкалою SCORE був помірно підвищеним у 17 (56,7 %), високим у 8 (26,7 %) і надто високим у 5 (16,6 %). Рівень ЛПНЩ > 3 ммоль/л у 74 % обстежених. Гіперурикемія

виявлена у 11 (36,7 %) випадках. Кореляція між рівнем ЛПНЩ, ТГ, ЛПВЩ і рівнем сечової кислоти становила +0,472, ( $p < 0,05$ ), +0,561 ( $p < 0,05$ ) і +0,128 ( $p > 0,05$ ) відповідно.

**Висновки.** Латентна гіперурикемія є поширеною у пацієнтів з абдомінальним ожирінням, яка знаходиться у прямому кореляційному зв'язку з гіперхолестеринемією, гіпертригліцеридемією і глікемією у предіабетичному ранзі у чоловіків, які вважають себе здоровими. Додаткове до шкали SCORE врахування ЛПНЩ, ТГ і рівня сечової кислоти в крові дозволяє оптимізувати визначення рівня серцево-судинного ризику в первинній профілактиці ішемічної хвороби серця у чоловіків.

---

### РОЛЬ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Діденко В.І., Зигало Е.В., Ягмур В.Б.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета:** вивчити особливості ліпідного спектру крові у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НЖХП) в залежності від ступеня стеатоза та наявності синдрому надлишкового бактеріального росту.

**Матеріали та методи.** В обстеження включено 28 хворих на НЖХП. Визначення наявності й ступеня стеатозу печінки проводилось за допомогою апарату «FibroScan502 Touch» F60156 (Echosens, Франція) з дослідженням CAP. Згідно наявності та ступеню стеатозу, що визначались за показником CAP, пацієнти були розподілені на 4 групи: групу  $S_0$  склало 3 пацієнта без стеатозу печінки (10,7 %), групу  $S_1$  – 3 пацієнти з 1 ступенем стеатозу (10,7 %), групу  $S_2$  – 17 пацієнтів із 2 ступенем стеатозу (60,7 %), групу  $S_3$  – 5 пацієнтів з 3 ступенем стеатозу (17,9 %). Для діагностики функціонального стану тонкокишкової мікробіоти (визначення синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР)) проводили водневий дихальний тест з навантаженням глюкозою з використанням газоаналізатора «Gastro» Gastrolyzer компанії Bedfont Scientific Ltd (Великобританія). В сироватці крові визначали вміст загального холестерину (ХС), вміст тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та низької (ХС ЛПНЩ), коефіцієнт атероганості (КА) з використанням наборів реактивів «Cormey», Польща за допомогою біохімічного аналізатору Stat Fax 1904 Plus, Awareness Technology (США).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Аналіз частоти виявлення СНБР показав, що зміни у стані мікрофлори тонкої кишки спостерігались загалом у 71,4 % обстежених хворих. Частота виявлення СНБР була вищою й склала 95,0 % у групі хворих з стеатозом печінки порівняно з цим показником (5,0 %) у групі хворих (без стеатозу печінки ( $p < 0,001$ )). Аналіз частоти виявлення СНБР за ступе-



нями стеатозу продемонстрував переважання позитивних випадків ВДТ в групі  $S_2$  (75,0 %), що достовірно відрізняло її від груп  $S_0$  (5,0 %) та  $S_1$  (10,0 %). У хворих на НЖХП було виявлено порушення ліпідного обміну у вигляді збільшення синтезу холестерину та його ефірів, порушення обміну загального ХС та інших ліпідів, що може бути однією із причин змін в структурі мембран клітин печінки. Аналіз стану обміну ліпідів показав, що при НАЖХП відмічається суттєве зниження ЛПВЩ ( $0,95 \pm 0,08$ ) ммоль/л, та підвищення ЛПНЩ ( $3,47 \pm 0,24$ ) ммоль/л, та КА ( $4,88 \pm 0,53$ ). За даними водневого дихального тесту (ВДТ) пацієнтів розподілено на 2 групи: першу групу склали 20 пацієнтів з наявністю СНБР (СНБР+), II групу склали 8 пацієнтів з негнйним СНБР (СНБР-). Внутрішньогруповий аналіз ліпідного профілю у хворих з позитивним результатом ВДТ показав вірогідне збільшення концентрації ХС в сироватці крові у 85,0 % хворих до ( $6,78 \pm 0,50$ ) ммоль/л. Майже у всіх хворих, що мали позитивний результат ВДТ, виявлено збільшення атерогенності крові, на що вказує зростання КА в 1,8 рази порівняно з нормою у 71,4 % хворих.

**Висновки.** Таким чином, можливими причинами персистенції процесів дисліпідемії у хворих на НЖХП є надлишковий рост бактерій у тонкому кишечнику, які метаболізують жовчні солі в некон'юговані сполучення, при цьому декон'югація жовчних кислот спричиняє до токсичного пошкоджуючого ефекту щодо ентероцитів, утруднення роботи котрих порушує асиміляцію як жирів, так і вуглеводів та білків.

---

## РОЛЬ ТЕРАПЕВТА-КОНСУЛЬТАНТА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

**Цель исследования:** оценить роль терапевта-консультанта в диагностике острого инфаркта миокарда у пациентов хирургической клиники.

**Методы исследования.** В течение 2010–2014 годов в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2», являющимся базой кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, находились 11047 больных с неотложной и плановой хирургической, гинекологической и гнойной патологией. Умерли 120 (1,09 %) пациентов. Из всех 11047 больных острый инфаркт миокарда (ОИМ) имел место у 39 (0,35 %) пациентов, из которых умерли 30 (76,9 %) больных и выздоровели – 9 (23,1 %).

**Полученные результаты.** Терапевтом консультированы 25 (64,1 %) пациентов. Мужчин было 14 (56 %), женщин – 11 (44 %) в возрасте 56–87 лет. Гериатрическая группа составила 22 (88 %) больных. Преобладали лица с заболеваниями гнойно-септического профиля – 15 (60 %) пациентов, реже отмечена неотложная абдоминальная хирургическая патология – 7 (28 %), облитерирующий

атеросклероз сосудов нижних конечностей – 3 (12 %). Больные страдали от 2 до 9 интеркуррентных заболеваний. Этиологическим фактором ОИМ у 19 (76 %) пациентов стал стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, у 6 (24 %) – острая окклюзия коронарной артерии тромбом. Вторичный спазм коронарных артерий как результат воздействия эндогенной интоксикации являлся дополнительным отягощающим фактором. Диаметр коронарных артерий был закрыт на 75–90 % у 20 (80 %) больных и до 50 % – у 5 (20 %). Нарушение кровообращения 2А-Б – 3 степеней имело место у 22 (88 %) пациентов. В прошлом ОИМ перенесли 6 (24 %) больных. Варианты аритмий диагностированы у 13 (52 %) пациентов, блокада левой ножки пучка Гисса – у 5 (20 %), сочетание фибрилляции предсердий с блокадой ножек пучка Гисса – у 7 (28 %).

I группу составили 16 (64 %) больных, умерших в хирургической клинике в короткие сроки после развития ОИМ, клиническая картина которых соответствовала кардио-васкулярному коллапсу. Характерными были атипичные формы ОИМ и отсутствие отчётливой клинической картины. Этому способствовала тяжёлая хирургическая патология, особенности течения послеоперационного периода, суб- и декомпенсация многих интеркуррентных заболеваний, влияние многокомпонентной консервативной терапии. Диагноз ОИМ терапевтом установлен у 2 (12,4 %) пациентов и заподозрен – у 3 (18,8 %), впервые установлен в посмертном эпикризе – у 3 (18,8 %) и на аутопсии – у 8 (50 %). Трудности в диагностике ОИМ при изучении ЭКГ были связаны с проявлением характерных изменений лишь спустя 1 сутки и позже. Особые трудности вызывали аритмии у 8 (50 %) больных, блокада левой ножки пучка Гисса – у 2 (12,5 %), их сочетание – у 3 (18,8%). Из 6 (37,5 %) пациентов тропонины не обнаружены.

Во II группу включили 9 (36 %) выздоровевших больных. Всем им терапевтом установлен диагноз ОИМ. На ЭКГ классические признаки ОИМ. Из них 5 (55,6 %) пациентов переведены в инфарктный блок кафедры терапии № 2 ЗГМУ и 4 (44,4 %) – лечили в клинике с последующим переводом в терапевтическое отделение.

#### **Выводы:**

1. Из всех больных, пролеченных в хирургической клинике, ОИМ развился у 0,35 %, из которых терапевтом консультированы 64,1 %.

2. Ранняя клиническая диагностика ОИМ часто довольно затруднительна, что обусловлено объективными и субъективными причинами.

3. Терапевтом диагноз ОИМ установлен у 44 % пациентов, заподозрен – у 12 %, определён в посмертном эпикризе – у 12 % и на аутопсии – у 32 %.

## **РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Доценко Н.Я., Герасименко Л.В., Боев С.С., Шехунова И.А.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования  
МОЗ Украины», г. Запорожье

**Цель:** изучить состояние когнитивных функций (КФ) и психоэмоционального статуса у пациентов гипертонической болезнью (ГБ) II стадии в зависимости от степени физической активности (ФА) и длительности заболевания.

**Материалы и методы:** обследовано 102 больных ГБ II стадии без сопутствующих заболеваний, средний возраст и продолжительность заболевания которых составил  $49,84 \pm 0,83$  лет и  $8,78 \pm 0,60$  лет соответственно. Среди обследуемых пациентов было 72 мужчин (70,6 %) и 30 женщин – 29,4 %. АГ 2 степени была выявлена у 41 (40,2 %) пациента, АГ 3 степени – у 61 (59,8 %) пациента. Исследование КФ оценивалось при помощи опросника самооценки памяти McNair и Монреальской шкалы оценки КФ (MoCA тест). Уровень реактивной тревожности оценивали по тесту Спилбергера. Выраженность симптомов депрессии определялась по шкале Бека. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью компьютерной программы «IBM SPSS Statistics 22».

**Результаты.** Для изучения влияния ФА на психоэмоциональную сферу, КФ пациенты были разделены на три группы по уровню ФА: 1 – низкая 43 больных, 2 – средняя 40, 3 – высокая 19 больных. Мы установили по общей бальной оценке достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) КФ между пациентами с 1-ой и 3-ей группами ФА по шкале MoCa.

Доля пациентов с когнитивными нарушениями (КН) составила 60,5 %, 65,5 %, 31,1 %, соответственно по группам, как по шкале MoCa, так и по опроснику McNair 18,7 %, 5,0 %, 5,3 %, соответственно. При анализе психоэмоциональной сферы установлен больший уровень тревожности в 1-ой, чем в 3-ей группе, а тяжесть депрессии больше в 1-ой, чем во 2-й и 3-ей группам ( $p < 0,05$ ). Чем ниже был уровень ФА, тем у меньшего числа пациентов отмечался низкий уровень реактивной тревожности (25,6 %, 37,5 % и 68,4 %, соответственно, группам). Доля пациентов с отсутствием депрессии была 16,3 %, 47,5 % и 63,2 %, соответственно по группам.

По длительности заболевания больные были разделены на 3 группы: 1-я группа до 5 лет заболевания составила 32 пациента (31,4 %), 2-я группа от 5 до 10 лет заболевания составила 40 пациентов (39,2 %); 3-я группа включала 30 пациентов (29,4 %) с длительностью ГБ более 10 лет. Нами установлено достоверное снижение КФ у обследуемых пациентов с увеличением длительности заболевания. Так, MoCA тест в 3 группе больных достоверно меньше в сравнении с 1 и 2 группами – на 9,9 % и 4,9 % соответственно. При индивидуальной оценке показателей MoCA теста доля пациентов, показавших наличие КН, в группах 1–3 составила

18,8 %, 52,5 % и 83,3 % соответственно. Доля пациентов набравших 43 и более баллов по опроснику McNaig во 2 и 3 группах составила 5 % и 30 % соответственно, а в 1 группе таких больных не было.

При оценке симптомов депрессии по результатам шкалы Бека и реактивной тревожности по тесту Спилбергер-амы не выявили достоверных различий между группами с различной длительностью заболевания. Средние показатели в группах соответствовали легкому уровню депрессии. По мере увеличения длительности ГБ наблюдается лишь тенденция к увеличению уровня тревожности. Средние показатели реактивной тревожности по трем группам длительности ГБ относятся к умеренному уровню тревожности..

**Выводы.** У обследуемых пациентов ГБ II стадии нами установлена зависимость между степенью ФА, длительностью анамнеза ГБ и выраженностью КН. Причем с увеличением длительности АГ отмечается достоверное нарастание КН. Факторами риска ухудшения КФ у больных АГ был низкий уровень ФА.

---

### СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ, ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ, УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ

Курята А.В.<sup>1</sup>, Гречаник М.М.<sup>1</sup>, Трунова Л.А.<sup>2</sup>, Тимченко Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр

**Цель исследования:** оценить состояние магистральных артерий головы (МАГ), функцию эндотелия, уровень лептина у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с стеатозом печени в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

**Методы исследования.** Обследовано 28 мужчин с ИБС: стабильной стенокардией напряжения в сочетании с стеатозом печени (группа А) и 16 пациентов с ИБС, без стеатоза (группа В) (средний возраст –  $56 \pm 6,04$  и  $58,4 \pm 4,7$  лет, соответственно). Группу А разделили на 3 подгруппы: подгруппа 1 – с избыточной массой тела (ИМТ от 25 до  $29,9 \text{ кг/м}^2$ ) (n=9), подгруппа 2 – ожирением 1 степени (ИМТ от 30 до  $34,9 \text{ кг/м}^2$ ) (n=11), подгруппа 3 – ожирением 2 степени (ИМТ от 35 до  $39,9 \text{ кг/м}^2$ ) (n=8). Всем пациентам проводили ультразвуковое исследование (УЗД) МАГ, измеряли эндотелий зависимую вазодилатацию (ЭЗВД), определяли содержания в сыворотке крови триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), лептина.

**Результаты исследования.** Атеросклеротическое поражение МАГ по результатам УЗД выявлены у всех пациентов в группе А и у 82 % в группе В. Точечные бляшки в подгруппе 1 и в подгруппе 3 определялись достоверно чаще (на 31,2 % и 20,2 %, соответственно), чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ). Выявлена корреля-

ционная взаимосвязь состояния МАГ с липопротеидами очень низкой плотности (ЛПОНП) ( $r=0,97$ ,  $p<0,05$ ) в подгруппе 3. Нарушение функции эндотелия по результатам пробы с реактивной гиперемией выявлено у 22 (91 %) больных в группе А, что достоверно выше, чем в группе В 8 (50 %) ( $p<0,05$ ). Средний показатель ЭЗВД в группе А был достоверно ниже (на 47 %,  $p=0,01$ ), чем в группе В. В группе А выявлена прямая корреляционная связь ЭЗВД с уровнем АСТ ( $r=0,47$ ,  $p<0,05$ ), ГГТ ( $r=0,57$ ,  $p<0,05$ ) и обратная корреляционная связь с возрастом ( $r=-0,45$ ,  $p<0,05$ ). При анализе результатов по подгруппам в зависимости от ИМТ средний показатель ЭЗВД в подгруппе 2 и в подгруппе 3 был достоверно ниже (на 40 % и на 34 %, соответственно,  $p<0,05$ ), чем в подгруппе 1. В группе А зафиксирован достоверно более высокий уровень лептина (на 50 %) в сравнении с группой В ( $27,1\pm 17,4$  нг/мл и  $13,3\pm 10,6$  нг/мл соответственно,  $p=0,003$ ). Наиболее высокий уровень лептина был зафиксирован в подгруппе 3 ( $43,6\pm 20,2$ ,  $p<0,05$ ), что на 44 % выше, чем в подгруппе 2 ( $24,4\pm 14,6$ ,  $p<0,05$ ) и на 63 % выше, чем в подгруппе 1.

**Выводы.** При ИБС в сочетании с стеатозом печени, по сравнению с пациентами с ИБС, не выявлено достоверных отличий в частоте гемодинамических значимых стенозов МАГ на фоне большей распространенности точечных атеросклеротических бляшек (на 31 % чаще,  $p=0,01$ ) и более выраженном нарушении эндотелиальной функции сосудов (на 47 % ниже,  $p=0,01$ ). У пациентов с ожирением 1 степени выявлено изменение уровня лептина, достигая наибольшего значения при ожирении 2 степени ( $24,4\pm 14,6$  нг/мл и  $43,6\pm 20,2$  нг/мл ( $p=0,04$ ) соответственно). При ожирении 1 степени уровень лептина коррелировал с уровнем липопротеидов низкой плотности ( $r=0,54$ ,  $p<0,05$ ), показателем ЭЗВД ( $r=0,76$ ,  $p<0,05$ ). Увеличение массы тела у пациентов с ИБС в сочетании с стеатозом не ассоциировалось с дополнительным развитием атеросклеротических изменений со стороны магистральных артерий головы.

---

## СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЧЕЧНОГО РЕЗЕРВА У БОЛЬНЫХ С ДОКЛИНИЧЕСКИМИ СТАДИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Семеновых П.С., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С.

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

**Вступление.** При сахарном диабете (СД) начальные функциональные изменения в почках не выявляются при рутинном обследовании больного и носят название доклинической стадии диабетической нефропатии (ДН). Именно эти первые бессимптомные этапы заболевания могут быть обратимыми при своевременных профилактических мероприятиях. Их можно обнаружить при исследовании функционального почечного резерва (ФПР) с использованием белковой нагрузки. Состояние ФПР является очень важным диагностическим и про-

гностическим критерием функционального состояния почек у человека, в том числе при выявлении латентных форм почечной недостаточности, при мониторинге деятельности донорской почки, при диагностике ренальных дисфункций иммунного и токсического генеза.

Целью исследования было изучение состояния ФПР у больных СД 2-го типа с доклиническими стадиями нефропатии с учетом основных клинико-лабораторных показателей.

**Материалы и методы.** Обследовано 35 больных СД 2-го типа с нормальной или повышенной СКФ и без протеинурии. Средний возраст пациентов –  $(52,3 \pm 2,6)$  лет. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц.

Была проведена проба с белковой нагрузкой L-формами аминокислот (препарат «Инфезол»). Препарат вводили из расчета 5 мл раствора на 1 кг тела больного на протяжении 60 минут. ФПР определяли как степень увеличения базальной СКФ после нагрузки. ФПР определяли как степень увеличения СКФ после стимуляции белком. Результаты оценивали в процентах (%). При значении ФПР больше 10 % данный показатель характеризовали как сохраненный. Если значение ФПР было менее чем 10 %, резерв расценивали как сниженный или истощенный.

**Результаты.** В контрольной группе ФПР был сохранен и составил в среднем  $(30,52 \pm 13,76)$  %. У больных СД 2-го типа исследование внутриклубочковой гемодинамики с помощью пробы с аминокислотной нагрузкой обнаружило тенденцию к снижению ФПР (среднее значение  $(18,51 \pm 4,67)$  %) в сравнении с контрольной группой. Однако, это снижение не является однозначным, поскольку показатели ФПР показали выраженную вариабельность: от негативных  $(-62,3)$  % до позитивных значений  $(98,7)$  %.

В зависимости от состояния ФПР больные СД 2-го типа распределились на две группы. В первую группу вошли пациенты с сохраненным резервом фильтрации – 19 человек  $(54,3)$  %, у которых прирост клубочковой фильтрации составил в среднем  $(60,75 \pm 6,34)$  %. Вторая группа – пациенты с истощенным ФПР – 16 больных  $(45,7)$  %, у которых наблюдали снижение или отсутствие резерва фильтрации в среднем до  $(-23,47 \pm 5,85)$  %. Следует отметить, что в группе больных с истощенным ФПР имел место высокий уровень базальной СКФ. Не исключено, что у пациентов, которые не имеют ренального функционального резерва, базальная СКФ может служить индикатором потери функционирующей паренхимы и развития компенсаторной гиперфильтрации.

**Выводы.** У 46 % больных на СД 2-го типа без клинических признаков нефропатии оказывается истощение ФПР при проведении пробы с аминокислотной стимуляцией. У больных СД 2-го типа истощение ФПР ассоциируется с высоким базальным уровнем СКФ в сравнении с пациентами с сохраненным ФПР. Определение ФПР может использоваться в клинической практике для обследования больных СД 2 типа в качестве дополнительного скринингового метода, направленного на выявление доклинических состояний.

## **СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ СКРЫТЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ**

Перцева Н.О., Назаренко А.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

**Цель:** определить частоту скрытых депрессивных состояний у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) и сахарным диабетом (СД) для дальнейшей индивидуализации подхода и коррекции лечения.

**Методы:** проводилось анкетирование 60 пациентов на базе «Клиники медицинской академии» ГУ «ДМА МОЗ Украины» в терапевтическом (пациенты с ХОЗЛ) и эндокринологическом (пациенты с СД 2 типа) отделениях. Для выявления скрытых депрессивных состояний была использована шкала Бека – опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям-симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В этой методике выделяют 2 шкалы: когнитивно-аффективная субшкала, субшкала соматических проявлений депрессии.

**Результаты:** 30 пациентов, проанкетированы в терапевтическом отделении: средний возраст  $60,5 \pm 7,8$  лет; распределение по полу – 12 мужчин (40 %), 18 женщин (60 %); средний стаж заболевания  $5,2 \pm 2,3$  года; ведущая патология – ХОЗЛ. Скрытые депрессивные состояния были выявлены у 8 человек (27 %), – оценивающиеся как легкая и умеренная депрессия, наибольшие изменения отмечались в когнитивно – аффективной субшкале, согласно шкале Бека. В эндокринологическом отделении было проанкетировано 30 человек, с СД 2 типа: средний возраст –  $55,1 \pm 7,8$  лет, из них 16 женщин (53 %), 14 мужчин (47 %); средний стаж заболевания  $6,8 \pm 3,2$  лет. У 67 % пациентов (20 человек) было выявлено наличие скрытых депрессивных состояний оценивающихся как умеренная и выраженная депрессия преимущественно в субшкале соматических проявлений депрессии.

**Выводы.** Пациенты с диагнозом СД 2 типа более подвержены депрессивным состояниям, чем пациенты с ХОЗЛ, проявляющимся преимущественно в виде соматических изменений. Результаты анкетирования свидетельствуют о необходимости более тщательного наблюдения, контроля и индивидуализации подхода к пациентам с СД, дифференциальной диагностики скрытых депрессивных состояний с синдромом скрытых гипогликемий. Так как СД является заболеванием с наличием ряда неврологических осложнений и требует значительной модификации образа жизни пациента, появляется необходимость не только в медикаментозном лечении основного заболевания, а так же в коррекции психоэмоционального состояния пациента.

## СТАВЛЕННЯ ДО ПИТАННЯ ВАКЦІНАЦІЇ ПРОТИ ГРИПУ ЛІКАРІВ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Мироненко О.В.<sup>1</sup>, Дмитриченко В.В.<sup>2</sup>

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

**Мета дослідження.** Встановити ступінь прихильності лікарів до вакцинації проти грипу.

**Матеріали та методи.** Проведено анкетування лікарів різних спеціальностей (55,0 % респондентів становили лікарі-терапевти) Дніпропетровської області, середній стаж роботи становив  $9,95 \pm 2,22$  роки. Аналогічне анкетування проводилось у 2011 році серед співставного контингенту опитуваних. Лікарям було поставлено наступні запитання:

1. Ваше ставлення до вакцинації проти сезонного грипу.
2. Чи рекомендуєте Ви вакцинацію пацієнтам?

**Результати.** Серед відповідей на перше питання обрали відповідь «Позитивно, обов'язково вакцинуюсь» – 18 (45 %) респондентів, обрали «Позитивно, але сам не вакцинуюсь» – 14 (35 %) опитаних, «Негативно, вважаю малоефективним» – 5 (12,5 %) лікарів, «Негативно, вважаю небезпечним» – 1 (2,5 %) респондентів, «Невизначене з різних причин» – 2 (5 %) лікаря. У 2011 році позитивне ставлення до вакцинації було у 73 % лікарів, вакцинувались 53 % лікарів, негативне ставлення в цілому мали 27 % респондентів.

Рекомендують вакцинацію своїм пацієнтам 75 %, тоді як у 2011 році цей показник становив 73 %. Негативне ставлення до вакцинації мають 15 % респондентів проти 22 % у 2011 р., що на 7 % менше, ніж у минулому. Проте стабільною залишається кількість лікарів, які не мають чітко визначеної позиції щодо вакцинації, вона становить 5 % респондентів, аналогічний рівень було зафіксовано нами у 2011 р.

**Висновки.** За останні роки відзначено позитивну тенденцію у ставленні та прихильності до вакцинації проти грипу серед медичних працівників. Відсоток лікарів, що рекомендують вакцинацію як обов'язковий превентивний захід суттєво не збільшився, але навіть на цьому рівні є достатньо високим для того, щоб забезпечити створення певного рівня імунного прошарку серед населення області та запобігти важкій епідемічній ситуації.

---

## СТАН АГРЕСИВНИХ ТА ПРОТЕКТОРНИХ ФАКТОРІВ У ШЛУНКОВОМУ ВМІСТІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Мосійчук Л.М., Руденко А.І., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета:** визначити співвідношення факторів агресії та захисту шлункового соку (ШС) у хворих на хронічний атрофічний гастрит.



**Матеріал та методи.** Дослідження проведено у 32 хворих, які були розподілені на такі групи: I – 6 пацієнтів з атрофічними змінами слизової оболонки шлунка (СО Ш) різного ступеня вираженості; II – 12 хворих із кишковою метаплазією (КМ) в антральному відділі шлунка, III – 14 пацієнтів з тотальною КМ, яка охоплювала антральний відділ та тіло шлунка. Функціональну активність головних клітин шлунка визначали за концентрацією пепсину. Вивчення функціональної активності поверхнево-епітеліальних клітин СО Ш оцінювали за концентрацією загальних глікопротеїнів, сіалових кислот, фукози та гексозамінів. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами варіаційної статистики за допомогою SPSS 13.0 for Windows.

**Результати та обговорення.** У всіх обстежених пацієнтів виявлений дисбаланс агресивних та протективних факторів шлункового соку. Сукупний агресивний вплив кислоти на СО Ш встановлено у 100,0 % пацієнтів I групи, 90,9 % – II та 72,2 % – III групи. У переважній більшості хворих спостерігали зниження концентрації пепсину, причому більш виражене (вміст пепсину нижче 0,1 мг/мл) відмічено в 66,7 % випадків пацієнтів з тотальною КМ. За результатами кореляційного аналізу гіперсекреція пепсину позитивно корелювала зі збільшенням частоти атрофічних змін СО антрального відділу шлунка ( $r=0,75$ ;  $p<0,05$ ). Одночасно з цим зменшувалась кількість глікопротеїнів та їх якісний склад. Зниження концентрації фукози нижче значень контрольної групи відмічено в 27,3 % випадків II та 42,8 % – III груп ( $p<0,05$ ). Вміст гексозамінів поступово збільшувався по мірі збільшення рН СО Ш: найбільша концентрація їх відмічена у пацієнтів III групи з анацидною секрецією, що в 1,5 рази перевищувало показники контрольної групи, в 1,4 – I та в 1,3 рази – II груп. Такий дефіцит і диспропорція компонентів полімерних структур слизового гелю призводять до зменшення стійкості глікопротеїнів до дій протеолітичних ферментів, жовчних кислот та сприяють формуванню патологічного процесу в СО Ш, що підтверджено виявленими кореляціями, згідно яких подальше розповсюдження КМ в напрямку тіла шлунка було пов'язане із збільшенням вмісту глікопротеїнів в ШС ( $r=0,446$ ,  $p=0,008$ ) і зменшенням вмісту фукози ( $r=-0,482$ ,  $p=0,004$ ). При аналізі співвідношення факторів агресії та захисту ШС були виділені такі адаптаційно-компенсаторні варіанти: гіперреактивний – одночасне підвищення як факторів агресії, так і захисту; компенсаторний – при підвищенні рівня агресивних факторів концентрація захисних була в межах норми; декомпенсаторний – зі збільшенням вмісту агресивних факторів ШС відбувалося зниження його компенсаторних показників. Розподіл у групах за визначеними варіантами показав, що гіперреактивний варіант встановлено лише у пацієнтів I групи в 100,0 % випадків. В II групі переважав компенсаторний варіант співвідношень (54,5 %). У хворих з тотальною КМ з більшою частотою (42,8 %) відмічено зниження захисних факторів ШС у відповідь на збільшення вмісту агресивних, що в 1,6 рази перевищує частоту спостережень декомпенсаторного варіанту в II групі (27,3 %).

**Висновки.** Визначені критерії індивідуальних особливостей захисних реакцій ШС у відповідь на збільшення вмісту агресивних факторів сприяють формуванню груп хворих на хронічний атрофічний гастрит, які потребують диспансерного спостереження.

---

## СТАН ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В УКРАЇНІ

Іпатов А.В., Лисунець О.М., Ханюкова І.Я., Овдій М.А.

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.

В 2016 р., як і в останні десятиліття, хвороби системи кровообігу продовжують грати ведучу роль у формуванні загального контингенту інвалідів в Україні і займати перше місце в структурі причин первинної інвалідності серед дорослого населення.

**Мета дослідження** – аналіз первинної інвалідності внаслідок ішемічної хвороби серця, визначення її розповсюженості та долі в структурі первинної інвалідності населення України, оцінка індивідуальних програм реабілітації при даній патології.

В проведеному аналізі використані дані щорічних статистичних форм звітності первинної інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за період 2015, 2016 років; метод документального обліку за спеціально розробленою картою вибірки даних з медико-експертних справ, медичної документації первинно визнаних інвалідами у працездатному віці

Питома вага ішемічної хвороби серця (ІХС) в структурі серцево-судинних захворювань в Україні складає 27,5 %. За останні десятиліття поширеність ІХС серед українського населення зросла в 3,3 рази. Завдяки розвитку кардіологічної і кардіохірургічної служби в Україні, останніми роками сталися позитивні зміни, що намітили стабільність в показниках первинної інвалідності внаслідок ІХС. Так, питома вага ІХС в структурі первинної інвалідності дорослого населення зменшилася з 8,5 % в 2011 р. до 7,8 % в 2016 р.; серед населення працездатного віку позитивної динаміки не реєструється (7,3 % у 2011 р. і 7,3 % у 2016 р.)

У працездатному віці інвалідність внаслідок ІХС в 2016 р. продовжує перевищувати середні показники в Чернівецькій (5,3) і Львівській (5,4) областях при середньому показнику – 3,6 на 10 тис. населення.

Аналіз 256 медико-експертних справ визначив активне використання сучасних стандартів клініко-експертної діагностики хворих на ІХС, що є позитивною тенденцією в практиці роботи кардіо МСЕК в останні роки і суттєво впливає на якість експертизи при даній небезпечній патології. Удосконалення експертно-реабілітаційної тактики відносно хворих ІХС після реваскуляризації міокарду дозволяє значному числу пацієнтів повернутися до показаних видів праці. Все це

має значний економічний ефект у кожному конкретному випадку, що особливо важливо у зв'язку з тим, що збільшується щорічно кількість ендоваскулярних та кардіохірургічних втручань по реваскуляризації міокарда.

Однак, оцінка індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань, яка проводиться за даними медико-експертної справи і даних обстеження категорії експертних хворих, що направляються медико-соціальними експертними комісіями в інститут для визначення ступеню обмежень життєдіяльності, демонструє, що заходи, які проводяться, в основному зводяться до медикаментозної підтримувальної терапії, термінів стаціонарного лікування, ощадного режиму, які передбачають значні обмеження фізичних і емоційних навантажень, що усуває сам факт активної участі пацієнта у боротьбі за власне здоров'я і неминуче приводить його до фізичної і психологічної дезадаптації. Недостатня також пропаганда здорового способу життя та значення чинників ризику серцево-судинних захворювань.

---

## СТАН ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Кудрявцева В.Є., Діденко В.І., Татарчук О.М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета дослідження:** вивчення стану показників клітинної та цитокінової ланки імунітету при патології гепатобіліарної системи, особливо при гепатитах, у зв'язку із станом жирно-кислотного обміну.

**Матеріали і методи.** Обстежено 38 хворих на хронічні дифузні захворювання печінки. У I групу увійшли 10 хворих на хронічний вірусний гепатит С. У II групу – 28 хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Рівень Т- і В-лімфоцитів, Т-хелперів, Т-супресорів та Т-кілерів визначали за допомогою моноклональних антитіл (СД3, СД22, СД4, СД8, СД16). Інтерлейкіни (ІЛ-6, ІЛ-10), фактор некрозу пухлин- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), інсулін визначали імуноферментним методом. Дослідження проводили відповідно інструкцій для кожного тест – набору. В роботі використовували набори реактивів фірми «Вектор-БЕСТ» (Росія).

**Результати дослідження.** Встановлене в результаті дослідження зниження відносних показників СД3+, СД4+, свідчить про недостатність клітинного імунітету у хворих II групи, що можливо сприяє формуванню стеатозу у хворих з хронічні дифузні захворювання печінки. Виявлені більш глибокі порушення імунорегуляції у 60 % хворих I групи, вказують на персистенцію HCV і як наслідок – розвитку фіброзу. Враховуючи, що клітинний імунітет здійснюється сенсibiliзованими Т-лімфоцитами, а у хворих обох груп Т- клітини знижені, можна вважати, що у них імунна відповідь має депресивний характер. Паралельно з розвитком клітинних реакцій завжди відбувається синтез антитіл, активується продукція

цитокінів які можуть модифікувати клітинну відповідь. Концентрація ІЛ-6 та ІЛ-10 в обох групах хворих не відрізнялась між собою. Концентрація TNF- $\alpha$  у II групі була майже в п'ять разів вищою, ніж у I групі. Найвищі показники TNF- $\alpha$  свідчать про значні зміни системи імунної відповіді при цьому захворюванні, так як відомо, що ступінь підвищення вмісту даного цитокіну в сироватці крові корелює з тяжкістю захворювання.

**Висновки.** У хворих обох груп встановлено зниження Т-клітин. Пов'язаний з ожирінням стеатоз печінки обумовлений підвищеним виділенням запальних цитокінів гепатоцитами. Виділені запальні цитокіни гепатоцитів активізують клітини Купфера, і ймовірно грають основну роль у формуванні стеатогепатита із стеатоза. Тучність же сприяє прозапальному виділенню цитокінів і формуванню запального процесу в печінці.

---

### СТИМУЛЯЦІЯ РОЗРІШЕННЯ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ

Малкович Н.М.<sup>1</sup>, Марунчик С.Л.<sup>2</sup>, Белорусова Л.О.<sup>2</sup>

Вищий державний навчальний заклад України

<sup>1</sup>«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

<sup>2</sup>Комунальна медична установа «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці

Лікування пацієнтів старших вікових груп з негоспітальною пневмонією (НП) на тлі цукрового діабету (ЦД) II типу є актуальною та не до кінця вирішеною проблемою внутрішньої медицини. Саногетичні та розрешувальні процеси у даній категорії хворих є неповноцінними та тривалими у часі порівняно з пацієнтами без ЦД в силу імунопатологічних змін. Перебігу пневмоній у хворих із ЦД властива також підвищена схильності до ускладнень за рахунок розвитку мікроангіопатії, пов'язаних з процесами глікозилювання, оксидантним стресом, ендотеліальною ішемією. Діабетична ангіопатія та поширені атеросклеротичні процеси призводять до зниження проникливості судин за рахунок ущільнення базальної мембрани судинної стінки внаслідок проліферації та гіалінізації інтими, відбувається значне звуження капілярів, гіперплазія екстрацелюлярного матриксу та колагенових волокон. Порушується також нервова регуляція механіки дихання у зв'язку з сегментарною демієлінізацією аксонів. Ці фактори сприяють порушенню вентиляції легень, ішемізації тканини легень, бронхообструкції, зниженню оксигенації крові.

**Мета дослідження** – оптимізувати процес лікування хворих старших вікових груп із негоспітальною пневмонією на тлі ЦД II типу шляхом включення в лікувальну схему препарату фенспірид.

Було проведено спостереження за 34 хворими на НП віком від 65 до 83 років. Критеріями включення пацієнтів у дослідження була наявність рентген підтвер-

дженої інфільтрації легеневої тканини, наявність клінічних ознак НП (продуктивний кашель, гіпертермія, біль у грудній клітці, перкуторні та аускультативні ознаки вогнищового ущільнення легеневої тканини), відповідні зміни в клініко-лабораторних дослідженнях, наявність субкомпенсованого ЦД II типу середнього ступеню тяжкості. Виключались з дослідження пацієнти з непереносимістю фенспіриду, тяжкими ураженнями серцево-судинної системи та нирок, тяжкий перебіг НП, декомпенсація ЦД.

У комплексному лікуванні досліджуваних пацієнтів основної групи (18 досліджуваних) окрім препаратів, передбачених Наказами МОЗ України № 28 (комбінована антибіотикотерапія, відхаркувальні, експекторальні засоби), № 1118 (дієтичне харчування, гіпоглікемізувальні препарати) був застосований пероральний прийом таблеток фенспірид 0,08 гр тричі на добу впродовж 20 днів. Група порівняння складалась із 16 осіб, що отримували аналогічний лікувальний комплекс без включення фенспіриду.

При проведенні контрольного рентгенологічного обстеження на 14 день лікування хворих відмічено значне зменшення запальної інфільтрації легеневої тканини у 11 хворих (61,1 %) основної групи, водночас виражена позитивна рентгенологічна динаміка спостерігалась у 7 пацієнтів (27,3 %) групи порівняння. Позитивна дія фенспіриду полягала також і в тому, що перебіг ЦД у осіб основної групи залишався стабільним, водночас, 4 пацієнтам групи порівняння була рекомендована інсулінотерапія внаслідок декомпенсації ЦД.

Фенспірид є цінним засобом, що здатний стимулювати розсмоктувальні процеси в легеневій тканині. Перспективними є дослідження щодо впливу даного препарату на імунний статус пацієнтів, що страждають на хронічні та гострі ураження дихальної системи на тлі ЦД.

---

## **СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ. АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ**

Еінер К.М.

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

Субклінічний гіпотиреоз (СГ) є безсимптомним станом, критерієм діагностики якого є підвищення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) більше за верхню межу референсного інтервалу на фоні нормального рівня вільних фракцій тироксину (fT4) та трийодтироніну (fT3). Незважаючи на те, що хворі на субклінічний гіпотиреоз можуть мати різної вираженості симптоматику, притаманну гіпотиреозу, діагноз субклінічного гіпотиреозу базується виключно на лабораторних дослідженнях. Термін «субклінічний гіпотиреоз» введено в обіг у літературі з 1973 р., коли D. C. Evered із колегами, проводячи визначення функції щитоподібної залози у своїх хворих, не виявили будь-яких інших відхилень, окрім підвищення рівня ТТГ.

Розгальмування ТТГ та підвищення його рівня в крові пояснюється тим, що індивідуальний рівень fT4 та fT3 змінюється в більш вузькому діапазоні, ніж нормальні значення для загальної популяції. Тому відхилення від індивідуальної норми, навіть якщо воно відбувається в межах референсних значень, проявляється помітним підвищенням рівня ТТГ (Andersen M.N., 2016). З біологічної точки зору тиреоїдні гормони володіють множинними плейотропними геномними та не-геномними ефектами, впливаючи як суттєвий регуляторний фактор у багатьох фізіологічних системах, в тому числі й у серцево-судинній системі. Збільшуючи ударний об'єм серця та частоту серцевих скорочень, вони підвищують фракцію викиду серця.

Результати великого міжнародного епідеміологічного дослідження MONICA (1976–1996, ретроспективний аналіз продовжується на сьогодні) свідчать, що класичні фактори серцево-судинного ризику не можуть повністю пояснити вірогідність виникнення та прогноз серцево-судинних ускладнень, оскільки їх розповсюдженість не перевищує 40 % у чоловіків та 15 % у жінок, і стан СГ розвивається як незалежний фактор серцево-судинного ризику. За результатами Роттердамського дослідження (2000 р.), СГ виявлено у 10,8 % жінок у віці  $69 \pm 7,5$  років, при цьому його наявність асоціювалась із більшою розповсюдженістю ознак атеросклерозу та інфаркту міокарду.

Головною причиною ушкодження більшості органів в умовах гіпотиреозу є різке зменшення вироблення цілого ряду клітинних ферментів внаслідок дефіциту тиреоїдних гормонів. Оцінюючи вплив тиреоїдних гормонів на функцію серцево-судинної системи та тканинний обмін, уявляється очевидним виникнення патологічних змін вже на етапі субклінічного порушення функції щитоподібної залози, а отже, субклінічний гіпотиреоз може бути джерелом багатьох проблем, що залишаються прихованими до моменту появи маніфестного гіпотиреозу.

Розвиток ендотеліальної дисфункції, порушень ліпідного обміну, порушень діастолічної та систолічної функції лівого шлуночку за наявності стану субклінічного гіпотиреозу доведено лише у окремих груп пацієнтів, із рівнем ТТГ більше 10 мОд/л, а відповідно і рекомендації щодо замісної терапії СГ не мають чіткого характеру та базуються на думках окремих експертів (Biondi V., Cooper D.S., 2012 р.).

Субклінічний гіпотиреоз та порушення обміну речовин, які викликані цим станом є невирішеною на сьогоднішній день проблемою. Вона потребує подальшого вивчення, обґрунтування необхідності скринінгу та раннього призначення замісної терапії. Метою корекції субклінічного гіпотиреозу є стійке підтримання в організмі рівня тиреоїдних гормонів на рівні, який задовольняє фізіологічні потреби та запобігає атерогенезу та розвитку серцево-судинних порушень.

## СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Василенко В.А., Шейко С.А., Василенко А.М.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Кривой Рог

Внезапная аритмическая сердечная смерть среди ВИЧ-инфицированных пациентов встречается в 4 раза чаще, чем в общей популяции. Снижение CD4 и увеличение вирусной нагрузки являются независимым фактором риска развития нарушений ритма у пациентов данной категории.

**Цель исследования:** определить распространённость суправентрикулярных (СВ) и нарушений ритма у ВИЧ-инфицированных пациентов и оценить антиаритмическую эффективность и безопасность малых доз бисопролола в коррекции выявленных нарушений ритма сердца.

**Материалы и методы.** Обследовано 74 ВИЧ-положительных пациентов без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые представили основную группу. В основную группу вошло 35 (47,3 %) мужчин и 39 (52,7 %) женщин. Возраст пациентов –  $42,3 \pm 2,8$  лет. Контрольная группа состояла из 35 ВИЧ – отрицательных пациентов без клинических проявлений ССЗ. Группы были сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела. Индекс массы тела имел значения –  $19,5 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup>. Суточное холтеровское мониторирование ЭКГ (СХМ ЭКГ) выполняли при наличии ощущений сердцебиения, перебоев в работе сердца, пропуски пульсовой волны. СХМ ЭКГ проводили исходно перед лечением и через 7–10 дней после назначения бисопролола.

**Полученные результаты.** СВ нарушения ритма были зарегистрированы во всех ВИЧ-инфицированных больных. В контрольной группе данные нарушения ритма встречались у 94,3 % пациентов. Аллоритмия, куплеты, триплеты, неустойчивая суправентрикулярная тахикардия, пароксизмы суправентрикулярной тахикардии у ВИЧ-инфицированных пациентов встречались у 74,3 %, 29,7 %, 18,9 %, 10,8 %, 5,4 % случаев, а у здоровых у 62,8 %, 11,4 %, 5,7 %, 5,7 %, 0 % случаев соответственно. На фоне лечения бисопрололом у пациентов с ВИЧ сохранялась одиночная СВ экстрасистолия. Значительно снижалась частота регистрации аллоритмии (до 21,6 %). Куплеты, триплеты, неустойчивая СВ тахикардия, пароксизмы СВ тахикардии не регистрировались как в основной, так и в контрольной группе. Уровень CD4+ Т-лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных пациентов был представлен значениями  $436,7 \pm 58,2$ .

### **Выводы:**

1. У ВИЧ-инфицированных пациентов суправентрикулярные нарушения ритма выявляются чаще, чем у здоровых людей.
2. Суправентрикулярные нарушения ритма у ВИЧ-инфицированных пациентов сопровождаются тахикардальным синдромом, вероятно обусловленным хроническим системным воспалением и повышением тонуса симпатической нервной системы.

3. Бисопролол в дозі 2,5 мг оказує ефективне антиаритмічне лікування суправентрикулярних порушень ритму у ВІС-інфіцираних пацієнтів.

### СУЧАСНІ ФІТОХОНДРОПРОТЕКТОРНІ ЗАСОБИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НА ПОДАГРУ З ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ

Волошин О.І., Доголіч О.І.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

**Актуальність.** Встановленими фактами є прогресуюче зростання захворюваності на подагру (П) та вікове нашарування при цьому захворювань серцево-судинної, травної систем, нирок та вторинного остеоартрозу. Застосування тільки антиподагричної терапії в цих випадках є недостатнім. Зростає роль полікомпонентних засобів різнопланової поліорганної дії. Одним з таких фітохондропротекторів «Остеоартрізі Актив плюс» (Australian Pharmaceuticals Man.PtiLtd).

**Мета:** дослідити клініко-біохімічну ефективність препарату «Остеоартрізі Актив плюс» у хворих на П з високим рівнем коморбідності.

**Матеріал і методи.** У 20 хворих на хронічну П застосовували в комплексному лікуванні «Остеоартрізі Актив плюс». Давність захворювання складала в середньому 17 років, вік хворих коливався в межах 47–76 років, домінували чоловіки (19 осіб). З коморбідних процесів переважали ураження серцево-судинної (артеріальна гіпертензія, ІХС, серцева недостатність) та травної (гастроуденопатії, холецистопанкреопатії) систем, меншою мірою – ураження нирок (сечокам'яна хвороба – 7 осіб). В комплексному лікуванні (нестероїдний протизапальний засіб (НПЗП), алопуринол, місцеве лікування). 12 особам – основна група додатково призначали «Остеоартрізі Актив плюс» 1 табл. двічі на день упродовж двох місяців. Критерії ефективності: швидкість регресу суглобового синдрому, С-реактивного білка (СРБ) крові та ШОЕ, рівень сечової (СК) кислоти в крові.

**Результати.** Встановлено, що у хворих основної групи на 2–3 дні раніше починався регрес суглобового болювого синдрому, що дозволяло знизити дозу та раніше відмінити НПЗП й розпочати урикодепресивну терапію; СРБ крові упродовж навіть двотижневої терапії знизився з  $16,6 \pm 1,82$  мг/л до  $11,4 \pm 0,92$  ( $p < 0,01$ ); в групі порівняння – з  $15,8 \pm 2,12$  до  $13,6 \pm 1,54$  ( $p > 0,05$ ), ШОЕ знизився з  $24,8 \pm 2,16$  мм/год до  $16,4 \pm 1,22$  ( $p < 0,01$ ) в групі порівняння з  $21,2 \pm 2,34$  до  $18,4 \pm 1,66$  ( $p > 0,05$ ). Важливим був помірний позитивний вплив цього засобу на ураження серцево-судинної та травної систем. Зазначене зумовлене, ймовірно, складовими частинами препарату: глюкозо замін та хондроїтин – вплив на суглобовий синдром; імбир має протизапальну дію, пригнічує синтез простагландину, зменшує біль і запалення в суглобах, покращує процеси травлення; селера (екстракт кореню) покращує протизапальний, спазмолітичний, протиалергійний ефекти, покращує виведення солей з організму; екстракт кори верби має саліцилоподібний ефект,



аналгезуючу, протизапальну та жарознижувальну дію. Разом ці чинники препарату зумовлюють потенціуючі дію, в т. ч. посилюють ефекти НПЗП та урикодепресивних засобів.

Двомісячний термін лікування показав переваги в стійкості купірування суглобового синдрому, в т.ч. проявів вторинного остеоартрозу, коморбідних процесів. Під кінець двомісячного терміну лікування рівень СК в крові знизився: в основній групі з  $512,4 \pm 23,64$  мкмоль/л до  $408,4 \pm 18,68$  мкмоль/л ( $p < 0,01$ ); менш вагомо в групі порівняння – з  $518,2 \pm 26,36$  ммоль/л до  $442,6 \pm 21,26$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Протиподагрична лікування хворих на П з високим рівнем коморбідності потребує додатково застосування коморбідних фітохондропротекторних засобів різнопланової та полі органної дії. Препарат «Остеоартрізі Актив плюс» є одним з таких, що оптимізує результати лікування П з домінуючих коморбідних уражень.

---

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЭПЛЕРЕНОНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Топчий И.И., Щербань Т.Д., Семеновых П.С.

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

**Цель исследования** – оценка отдаленных результатов применения селективного антагониста рецепторов альдостерона эплеренона в комбинированной терапии больных диабетической нефропатией (ДН) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

**Материалы и методы.** Комплексно обследовано 57 больных ДН (I–III стадий) в сочетании с ГБ II стадии. Средний возраст обследованных составил ( $59,0 \pm 3,1$ ) года. В течение 12 месяцев после стационара пациенты 1-ой группы ( $n=29$ ) продолжали стандартную базовую терапию (ингибиторы АПФ, статины и сахароснижающие препараты), а пациенты 2-ой группы ( $n=28$ ) дополнительно получали эплеренон в дозе 25 мг/сут. На амбулаторном визите пациентам проводили опрос, объективное обследование и лабораторное исследование уровня микроальбуминурии (МАУ) и креатинина.

**Результаты исследования.** Пациентам, принимающим эплеренон, было рекомендовано контролировать уровень калия в крови через каждые 2 месяца. Побочным эффектом считали рост уровня калия выше верхней границы нормы ( $>5,5$  ммоль/л). Повышение уровня калия до 5,8 ммоль/л отмечали у 2-х пациентов 2-й группы – через 4 месяца и через 9 месяцев. Данным пациентам прием эплеренона был прекращен. В течение всего периода наблюдения ни один из больных не находился на повторном стационарном лечении. Общее самочувствие улучшилось у подавляющего большинства пациентов. Это выражалось уменьше-

нием или исчезновением головной боли, головокружения, сердцебиения, сухости во рту, отеков и полиурии.

В 1-ой группе целевые уровни артериального давления (АД) 142/88 мм рт. ст. отмечались у 22 (78,5 %) больных. У 5 (17,5 %) больных целевые уровни АД не были достигнуты, однако его показатели не превышали 150/100 мм рт. ст. У 1 (3,5 %) пациента с ГБ II стадии, 2 степени при повторном визите через 12 месяцев было диагностировано ГБ II стадии, 3 степени, что, скорее всего, связано с невыполнением требований схемы лечения (нерегулярный прием препаратов). Во 2-ой группе целевые уровни АД отмечались в 81,4 % больных.

В 1-ой группе у подавляющего большинства пациентов уровень МАУ достоверно не менялся по сравнению с результатами достигнутыми непосредственно после лечения в условиях стационара ( $p > 0,05$ ), однако у 2 пациентов отмечали незначительное, но достоверное увеличение этого показателя ( $p < 0,05$ ). У больных, получавших кроме базового лечения эплеренон, уровень МАУ у 22 (88,0 %) больных не изменился и у 3 (12,0 %) пациентов отмечали существенное снижение этого показателя ( $p < 0,05$ ).

У подавляющего большинства обследованных больных после 12 месяцев амбулаторного лечения отмечали незначительные колебания уровня креатинина в крови, но их динамика не была достоверной ( $p > 0,05$ ). Достоверное увеличение этого показателя отмечали у 1 пациента 1-ой группы и у 1 пациента 2-й группы. У обследованных больных не отмечено изменения стадии ХБП согласно классификации хронических болезней почек.

**Выводы.** Отдаленные результаты проведенного лечения показали, что терапия с использованием антагонистов рецепторов альдостерона благоприятно влияет на течение коморбидного заболевания, усиливает нефропротекторное действие базовой терапии и приводит к уменьшению альбуминурии, но требует контроля уровня калия.

---

## ТРАНСФОРМУЮЧИЙ ФАКТОР РОСТУ-В1 ЯК МАРКЕР НЕЗВОРотної БРОНХООБСТРУКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Перцева Т.О., Михайліченко Д.С.

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

Відомо, що у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) обструкція дихальних шляхів є незворотною або частково зворотною в результаті процесів фіброзування в тканинах легень. Саме незворотні зміни в тканинах легень обумовлюють прогресування хвороби та тяжкість стану хворого. За даними деяких досліджень трансформуючий фактор росту- $\beta_1$  (TGF- $\beta_1$ ) може бути маркером незворотної обструкції дихальних шляхів. Також TGF- $\beta_1$  є цитокином, який стимулює ремоделювання стінки бронха, що лежить в основі патогенезу ХОЗЛ.

**Метою** нашого дослідження було визначити рівень ТФР- $\beta_1$  у хворих на ХОЗЛ та встановити його взаємозв'язок з показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД).

**Матеріали та методи:** до дослідження увійшло 28 хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу (чоловіків – 26 (92,85 %), жінок – 2 (7,15 %), середній вік  $64,03 \pm 7,89$  роки, які склали основну групу. Значення показників ФЗД у хворих основної групи: об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ<sub>1</sub>) –  $50,98 \pm 2,34$  % належної величини, форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ) –  $93,27 \pm 9,48$  %, співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ЖЄЛ –  $0,47 \pm 0,14$ , приріст ОФВ<sub>1</sub> –  $0,18 \pm 0,02$  (л), ( $11,81 \pm 2,67\%$ ).

До контрольної групи увійшли 10 практично здорових осіб (9 (90 %) чоловіків та 1 (10 %) жінка, середній вік –  $61,34 \pm 2,34$  року).

Обстеження хворих включало загальноклінічні методи (оцінку скарг, анамнезу захворювання, загального анамнезу, фізикальні обстеження), комп'ютерну спірометрію на апараті «Master Screen Body/Diff» («Jaeger», Німеччина) з оцінкою ОФВ<sub>1</sub>, ФЖЄЛ, співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ЖЄЛ до та після проби з бронхолітиком, приросту ОФВ<sub>1</sub>.

Сироватковий рівень ТФР- $\beta_1$  визначався методом імуноферментного аналізу за допомогою набору для кількісного визначення його рівня – «BMS249/4TEN», «Human TGF- $\beta_1$ » (Bender MedSystems GmbH, (Австрія)).

Результати: рівень ТФР- $\beta_1$  у хворих основної групи становив становив  $9204,49 \pm 1202,68$  пг/мл, у осіб контрольної групи –  $2503,87 \pm 190,73$  пг/мл ( $p=0,001$ ).

Таблиця 1

**Кореляційний зв'язок між сироватковим рівнем ТФР- $\beta_1$  та показниками ФЗД у хворих на ХОЗЛ**

Показники	r	p
ФЖЄЛ (%)	-0,063	0,501
ОФВ <sub>1</sub> (%)	-0,101	0,276
співвідношення ОФВ <sub>1</sub> /ЖЄЛ	-0,179	0,352
приріст ОФВ <sub>1</sub> (л)	-0,462	0,011

Із усіх показників ФЗД сироватковий рівень ТФР- $\beta_1$  був пов'язаний негативним кореляційним зв'язком середньої сили лише з показником приросту ОФВ<sub>1</sub>.

**Висновки.** Рівень ТФР- $\beta_1$  у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу достовірно вищий, ніж у практично здорових осіб ( $p=0,001$ ), що, ймовірно, вказує на його роль у патогенезі хвороби. Високий сироватковий рівень ТФР- $\beta_1$  може бути одним з пре дикторів незворотного зниження прохідності дихальних шляхів у хворих на ХОЗЛ.

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕСТЕТИЧНИХ ПРЕДИКАТИВ МОВИ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ СТІЙКОГО ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ З ХВОРИМ**

Мохначов О.В., Катеренчук І.П., Лобанов І.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Гіпертонічна хвороба – хронічне прогресуюче захворювання, що характеризується підвищенням артеріального тиску (систоличного і діастолічного), що обумовлене порушенням центральної нервової регуляції судинного тонуусу. Діагноз гіпертонічної хвороби ставиться шляхом виключення усіх вторинних гіпертензій.

Щороку серцево-судинні захворювання стають причиною смерті більше ніж 17 млн. людей у світі, з яких у 9,4 млн. випадках причиною є гіпертонічна хвороба. При цьому, ВООЗ прогнозує зростання смертності до 23 млн. к 2030 року. В Україні в структурі смертності, захворювання системи кровообігу займають перше місце з показником в 67 %, або 968 на 100 000 населення (по даним 2013 р.). По даним ВООЗ підвищений артеріальний тиск спостерігається у 54 % українців (54 % чоловіків та 53 % жінок). При цьому у 66 % хворих на ішемічну хворобу серця відмічається і гіпертонічна хвороба. Моніторинг епідемічної ситуації в Україні протягом останніх 25 років свідчить про те, що серед мешканців міст 63 % хворих на АГ (60 % мужчин та 68 % жінок) знають про свій діагноз, антигіпертензивне лікування приймають 38 %, але лікування є ефективним лише у 14 %. По даним ВООЗ, приблизно половина хронічних хворих не виконують медичні рекомендації.

**Мета дослідження:** з'ясувати ефективність методики використання кінестетичних предикатів мови для досягнення стійкого терапевтичного альянсу з хворими, що страждають на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ішемічною хворобою серця.

**Матеріали:** в дослідженні приймали участь 60 хворих, що проходили лікування у Полтавському обласному клінічному кардіологічному диспансері (основна та контрольна групи) з діагнозом: ішемічна хвороба серця: нестабільна прогресуюча стенокардія та в поєднанні з гіпертонічною хворобою 2–3 ступеня тяжкості. Використання методики та контроль за ефективністю лікування проводились на етапі госпіталізації, при виписці, через 6 місяців, та через рік. Базовий рівень комплаєнсу розраховували за шкалою Моріски-Грін. Ефективність лікування артеріального тиску розраховувався за допомогою добового моніторингу артеріального тиску.

**Отримані результати:** базовий рівень комплаєнсу за шкалою Моріски-Грін у Контрольній групі складав  $2,8 \pm 0,23$  бали, в основній  $2,7 \pm 0,27$ , що свідчить о слабкій прихильності до лікування. Через 6 місяців ефективність лікування гіпертонічної хвороби в контрольній групі складала 26 % та 64 % в основній. Через

рік: 22 % та 69 %. За шкалою Моріски-Грін рівень комплаєнсу в контрольній групі складав  $2,5 \pm 0,21$  через 6 місяців та  $2,4 \pm 0,18$  через рік. В основній групі:  $3,5 \pm 0,14$  та  $3,6 \pm 0,19$  відповідно.

**Висновки:** виходячи з результатів проведених досліджень, можливо зробити висновок, що методика використання кінестетичних предикатів мови у роботі з хворими з ефективною протягом тривалого періоду лікування та може бути впроваджена у широку клінічну практику для лікування гіпертонічної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця.

---

### **УРОВНИ ВАСПИНА, ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ**

Златкина В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Инсулинорезистентность (ИР) является одним из первичных патогенетических механизмов артериальной гипертензии (АГ) и ожирения (ОЖ). Висцеральная жировая ткань синтезирует огромное количество гормонально активных веществ, определяющих нарушения углеводного и липидного обмена с развитием сахарного диабета, АГ и других патологий.

**Цель исследования:** исследование гендерных особенностей у пациентов с АГ на фоне ожирения в зависимости от уровней васпина и показателей углеводного и липидного обмена.

В исследовании приняли участие 82 пациента с АГ. Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от наличия ОЖ. В 1-ю группу с АГ вошли 39 пациентов без ОЖ (ИМТ < 25 кг/м<sup>2</sup>). Средний возраст пациентов составил ( $39,0 \pm 4,5$ ) лет. Среди них было 21 (59,4 %) женщин и 18 (40,6 %) мужчин. 2-ю группу составили 43 пациента с избыточной массой тела (ИЗМТ) и ОЖ (ИМТ  $\geq 25,0$  кг/м<sup>2</sup>). Средний возраст составил ( $43,2 \pm 3,2$ ) лет. Среди них было 19 (42,5 %) женщин и 24 (57,5 %) мужчины. Среди отобранных для исследования 43 пациентов (45,5 %) 27 (55 %) пациента имели ОЖ I степени (ст.), 13 (25 %) пациентов ОЖ II ст. и у 13 (20 %) больных выявлено ОЖ III ст. 3-ю (контрольную) группу составили 16 практически здоровых лиц возрастом от 28 до 41 лет. Средний возраст составил ( $34,5 \pm 4,5$ ) лет. Среди них было 10 (62,5 %) женщин и 6 (37,5 %) мужчин.

Всем больным измеряли АД, ИМТ по стандартным методикам. Концентрацию васпина и инсулина определяли иммуноферментным методом согласно прилагаемых инструкций. Для определения ИР использовали индекс НОМА – IR (нормальные значения до 2,7). Также проводили определение уровней глюкозы крови и липидов стандартными методиками.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета Statistica, версия 8.0. Полученные результаты представлены в виде среднего зна-

чення  $\pm$  стандартное отклонение от среднего значения ( $M \pm SD$ ). Для оценки различий между группами при распределении, близком к нормальному, использовали критерий Стьюдента.

**Полученные результаты.** На фоне ОЖ мы получили тенденцию к повышению всех основных показателей липидного обмена, но достоверных отличий при делении исследуемых пациентов по полу обнаружено не было. Достоверно не отличались уровни глюкозы при сравнении мужчин и женщин в пределах одной группы, но продемонстрированы отличия при сравнении женщин 1-й и 2-й групп ( $p < 0,05$ ). Уровни инсулина в сыворотке крови натощак статистически различались между женщинами и мужчинами – пациентами с АГ и ОЖ, а также при сравнении женщин – пациентов 1-й и 2-й групп ( $p < 0,05$ ). Наличие АГ на фоне ОЖ привело к достоверному повышению индекса НОМА по гендерному признаку, а также при сравнении женщин 1-й и 2-й групп и мужчин 1-й и 2-й групп. Концентрация васпина в сыворотке крови достоверно отличалась между женщинами и мужчинами как в 1-й группе, так между представителями разных полов во 2-й группе (АГ+ОЖ) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что у мужчин и женщин с АГ как с ОЖ, так и без него выявлено повышение изучаемых показателей углеводного и липидного обменов и уровней васпина. Однако, обнаружены гендерные различия по уровням васпина и степени ИР только у мужчин обеих исследуемых групп.

---

## ФАКТОРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЯК МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ РАННІХ ОЗНАК ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ

Перцева Н.О., Чуб Д.І.

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

За висновками експертів ВООЗ цукровий діабет (ЦД) віднесений до числа соціально значимих захворювань. [www.idf.org/about-diabetes/facts-figures, 2015]. ЦД веде до ранньої інвалідизації і збільшення летальності, основною причиною яких є діабетична нефропатія (ДН), яка розвивається у 50% хворих на ЦД 1 типу і у 25% хворих на ЦД 2 типу і призводить до хронічної ниркової недостатності (ХНН). [Дедов В. І. і співавт., 2000; Donnelly R et all, 2000]. Встановлено, що морфологічні зміни в нирках хворих на ЦД передують появі альбумінурії, яка є «золотим» стандартом в діагностиці ДН. Виявлення доклінічних стадій ДН є актуальною проблемою, вирішення якої призведе до своєчасного попередження інвалідизуючих наслідків цього захворювання. Біопсія нирки є найбільш інформативним методом діагностики ранньої стадії ДН, але це складний інвазивний метод, який не використовується при рутинному обстеженні. Це обумовлює зростаючий інтерес до пошуків біомаркерів, які б забезпечили більш чуттєве та

швидке виявлення ДН на ранній стадії розвитку. У зв'язку з цим, перспективним напрямком для пошуку є визначення маркерів дисфункції ендотелію.

Перша стадія ДН характеризується гіперфільтрацією та гіперперфузією нирок за рахунок накопичення білків екстрацелюлярного матриксу. Це відбувається під впливом профібротичного цитокіну TGF- $\beta$ -1 (Transforming growing factor-beta-1). Доказом цього є той факт, що при систематичному введенні рекомбінантного людського профібротичного цитокіну TGF- $\beta$ -1 тваринам зростала активність ендотеліну-1 та тромбосану-2, що сприяло розвитку інтерстиційного фіброзу в гломерулярному апараті нирки [Diez-Marques L. et al., 2002]. Отже, показник ендотеліальної функції – профібротичний цитокін TGF- $\beta$ -1 активно впливає на ниркову гемодинаміку уже на початкових етапах розвитку ДН у хворих на ЦД.

Іншими факторами ендотеліальної дисфункції при ЦД, що відіграють важливу патогенетичну роль у формуванні нефросклерозу і ДН – адгезивні молекули: молекули міжклітинної адгезії (intercellular adhesion molecule – 1, 2, 3 – ICAM-1; ICAM-2; ICAM-3) та васкулярна молекула клітинної адгезії – 1 (vascular cell adhesion molecule – VCAM-1). Кожна з молекул адгезії бере участь в певному етапі каскадних процесів взаємодії та агрегації лейкоцитів з ендотелієм. В нормі можливо визначити рівень ICAM-2 і при активації ендотелію рівень експресії цієї молекули не збільшується. В той час як, в нормі рівень ICAM-1 може бути дуже низьким, а VCAM-1 взагалі відсутній. [Liu J.J, et al., 2015]. При активації ендотелію, що передє патологічним склеротичним процесам в нирках рівні молекул адгезії – ICAM-1 і, особливо, VCAM-1 швидко збільшуються. [Dong A. et al 2011].

Таким чином, необхідним є виявлення маркерів ДН до появи альбумінурії, як клінічної ознаки ДН, тому вивчення динаміки факторів ендотеліальної дисфункції при ЦД – профібротичного цитокіну TGF- $\beta$ -1 і адгезивної молекули VCAM-1 – є перспективним напрямком у діагностиці ранніх ознак пошкодження функції нирки.

---

### **ФИКСИРОВАННАЯ ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Несен А.А., Шкапо В.Л., Измайлова Е.В., Валентинова И.А.  
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»,  
г. Харьков

**Цель исследования.** Определить эффективность лечения больных высокого кардиоваскулярного риска (КВР) с коморбидностью фиксированной трёхкомпонентной гипотензивной терапии, состоящей из ингибитора ангиотензин-превращающего фермента – периндоприла, дигидропиридинового антагониста кальция – амлодипина и тиазидоподобного диуретика – индапамида. При наличии коморбидности у пациентов высокого КВР применение только одного гипотен-

живного препарату значительно уменьшает шансы достижения целевых уровней артериального давления (АД), применение сразу трёх гипотензивных препаратов разных фармакологических групп повышает комплаенс терапии и снижает себестоимость лечения.

**Методы исследования.** Пациентами высокого КВР с коморбидной патологией считаются пациенты, у которых диагностировано сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП), сахарным диабетом (СД) 2-го типа или 1-го типа с наличием микроальбуминурии. В динамике обследовано 58 больных (20 мужчин и 38 женщины), с высоким КВР и повышенным уровнем АД  $>180/110$  мм рт. ст., наличием сочетанной патологии ССЗ и ХБП или СД 2-го типа. Средний возраст больных составил  $(52,5 \pm 6,4)$  лет. Уровень систолического АД до лечения в среднем составил  $(188,5 \pm 12,5)$  мм рт. ст., уровень диастолического АД –  $(95,5 \pm 9,5)$  мм рт. ст.; у 16 пациентов наблюдалась протеинурия, с уровнем суточной протеинурии в среднем –  $(0,865 \pm 0,033)$  г/л. Всем пациентам назначалась гипотензивная терапия: периндоприл/индапамид/амлодипин в фиксированной дозе – 4/1,25/5 мг или 8/2, 5/5 мг (в зависимости от уровня исходного АД) в сутки однократно утром до приёма пищи, а также, учитывая высокий КВР, назначали статины – розувастатин или аторвастатин в дозе 10 мг в сутки и антитромботический препарат – ацетилсалициловая кислота в дозе 75 мг.

**Результаты.** В динамике терапии у всех пациентов отмечалось достоверное снижение САД на 28,5 % ( $p < 0,05$ ), тенденция к снижению показателей ДАД и ЧСС, а также снижение суточной протеинурии до  $(0,215 \pm 0,027)$  г/л ( $p < 0,05$ ), без проявлений ухудшения азотовыделительной функции почек. Гиполипидемический профиль крови определялся через 4 недели от начала терапии. Отмечалось достоверное снижение уровня общего холестерина с  $(6,72 \pm 0,98)$  ммоль/л до  $(4,68 \pm 1,02)$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ) и уровня холестерина липопротеидов низкой плотности с  $(3,25 \pm 0,92)$  ммоль/л до  $(1,64 \pm 1,12)$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Под влиянием гипотензивной терапии с добавлением статина не отмечалось негативных реакций и побочных явлений. Оценка безопасности лечения проводилась путём оценки результатов биохимических показателей крови и клинического анализа мочи – не выявила негативного влияния на исследуемые показатели.

**Выводы.** Таким образом, применение фиксированной трёхкомпонентной комбинированной гипотензивной терапии (периндоприл/индапамид/амлодипин), статина и антитромботической терапии у больных высокого КВР с коморбидностью патологии оказывает положительное влияние на уровень АД, показатели липидного обмена и протеинурию. Учитывая отсутствие побочных эффектов, и эффективное снижение уровня АД, эта комбинация препаратов может применяться у больных высокого КВР с коморбидной патологией для длительного применения с целью достижения целевых уровней АД и профилактики развития атеросклероза и его осложнений.



**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВЗАЄМОЗ'ЯЗОК МІЖ СТАНОМ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ТА КИСЛОТУТВОРЮЮЧОЮ ФУНКЦІЄЮ ШЛУНКУ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, АССОЦІЙОВАННОЮ З ПЕРСИСТЕНЦІЄЮ HELICOBACTER PYLORI**

Ходасенко О.М., Пелех М.О., Філіппова Є.В., Мосенцева О.В., Богдан Л.Г., Тімченко Є.В.

КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. Мечникова», м. Дніпро

**Мета** – провести порівняльний аналіз показників системного імунітету у хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) з підвищеною та з нормальною продукцією шлункового вмісту з урахуванням наявності *Helicobacter pylori* (НР) по відношенню до аналогічних результатів у практично здорових осіб.

**Матеріали та методи.** Обстежено 50 пацієнтів з ВХ ДПК віком 25–55 років. Для більшої однорідності спостерігались пацієнти з наявністю НР в період загострення та без домінуючої супутньої патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі клінічної картини, даних ендоскопічного дослідження з біопсією слизової оболонки тіла, антрального відділу шлунка та дванадцятипалої кишки. Наявність НР підтверджувалась цитологічно, морфологічно, уреазним тестом. Для обстеження кислотоутворюючої функції шлунка застосовувався метод внутрішньошлункової рН–метрії.

Оцінку імунного статусу проводили на основі обліку відносного і абсолютного числа циркулюючих в крові лімфоцитів, Т-лімфоцитів, В-лімфоцитів, Т-супресорів, Т-хелперів. Функціональну активність гуморального імунітету оцінювали за рівнем Ig A, Ig M та Ig G в сироватці крові.

В залежності від стану кислотоутворюючої функції шлунка усі пацієнти були розподілені на дві групи дослідження. До першої групи увійшли пацієнти з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка (n=20), а до другої – з нормальною продукцією шлункового вмісту (n=30). Контрольну групу склали практично здорові, однорідні з групами дослідження за віком (n=25).

**Результати та їх обговорення.** Аналіз вивчених імунологічних показників показав їх взаємоз'язок зі станом кислото утворюючої функції шлунка. В групі пацієнтів з нормаоцидністю загострення ВХ ДПК поєднувалось з суттєвим зростанням в порівнянні з практично здоровими людьми об'єма циркулюючих в крові лейкоцитів (p<0,02) та лімфоцитів (p<0,01), в основному В-клітинної популяції лімфоцитів (p<0,001), що може вказувати на напругу імунних процесів, зокрема В-системи імунітету у них.

В групі пацієнтів з гіперацидністю об'єм циркулюючих в крові лейкоцитів і лімфоцитів був достовірно меншим в порівнянні з групою пацієнтів з нормаоцидністю. Так у таких хворих суттєво знижувалось абсолютна кількість Т-лімфоцитів (p<0,001), «активної» субпопуляції Т-лімфоцитів (p<0,001); відзначалась чітко зниження В-клітинної популяції. Однак у них спостерігалось наростання питомої ваги супресорної субпопуляції Т-клітин (p<0,02) та рівня Ig в сироватці крові.

Враховуючи, що збільшення імуноглобулінового класу М та активація супресорних механізмів імунітету являються його адекватною реакцією на бактеріальну інфекцію, можна припустити, що гіперацидність шлункової секреції у пацієнтів з ВХ ДПК в певній мірі вірогідності може бути обумовлена наявністю інфекції, можливо НР. Отримані дані узгоджуються з результатами обстежень інших авторів, які визначили існування взаємозв'язку між наявністю НР-інфекції, станом кислотоутворення шлунку і місцевими імунними реакціями (зокрема цитокініновою реакцією).

**Висновки.** У пацієнтів з ВХ ДПК виявлена адекватна реакція імунітету на бактеріальну інфекцію, можливо на *Helicobacter pylori*. Кисла продукція шлункового соку являє собою «агресивний» фактор, здібний пригнічувати показники системного імунітету, понижуючи резистентність організму.

---

#### **ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЗА 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

Колесник Т.В., Косова А.А., Колесник Э.Л.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

**Актуальность:** в лечение пациентов с артериальной гипертензией одной из важнейших задач остается поддержание достигнутого ранее целевого уровня артериального давления (АД) на протяжении всех 24 часов.

**Цель:** оценить суточный профиль АД по данным суточного мониторирования АД (СМАД) у пациентов с АГ пожилого и среднего возраста, которые достигли целевого уровня офисного АД по результатам длительного наблюдения (5 лет).

**Методы:** нами были обследованы 150 пациентов с эссенциальной АГ II стадии, которые в зависимости от возраста были разделены на 2 группы. В I группу – вошли 60 пациентов пожилого возраста (средний возраст 64,0 (61,5; 66,0) года, 41,7 % мужчины) и 90 больных среднего возраста составили II группу (средний возраст 51,0 (47,0; 55,0) год, 53,3 % мужчины). Всех пациентов наблюдали в среднем до 5 лет после назначения стандартной комбинированной терапии из 2ух или 3ех антигипертензивных препаратов, согласно высокого кардиоваскулярного риска этих больных. Проводили 24-ех часовое СМАД у всех больных при первичном обследовании и при дальнейшем наблюдении, минимум один раз в год.

**Результаты:** при первичном обследовании у пациентов пожилого возраста при уровне среднесуточного систолического АД (САД<sub>24</sub>) и дневного САД (САД<sub>д</sub>) сравнимого с больными среднего возраста, зарегистрирован достоверно более высокий уровень САД в ночное время (САД<sub>н</sub>) (136,49 (122,63; 147,64) and 126,06 (117,4; 141,38) мм рт. ст. в I и II группе), а также среднесуточного ПАД (ПАД<sub>24</sub>), дневного и ночного ПАД (ПАД<sub>д</sub> и ПАД<sub>н</sub>). Степень ночного снижения (СНС) САД

(10,72 (3,75; 14,55) % в I и 13,14 (9,38; 18,72) % во II группе) и диастолического АД (ДАД) (13,89 (6,95; 19,12) % в I и 17,11 (12,2; 23,91) % во II группе) у пациентов пожилого возраста была достоверно меньше. К концу 1-го года пациенты обеих групп достигли целевых уровней АД согласно измерениям офисного АД (<140/90 мм рт. ст.), домашнего мониторингования АД (<135/85 мм рт. ст.) и СМАД. Результаты дальнейшего наблюдения показали, что со 2-го года лечения, несмотря на сохраняющиеся целевые уровни САД в дневное время у пациентов в обеих группах по данным офисного измерения и домашнего мониторингования АД, уровень САД и у больных пожилого возраста увеличился (123,7 (116,8; 130,99) и 111,27 (106,35; 125,8) мм рт. ст. в I и II группе) и оставался повышенным к 5-му году наблюдения (121,72 (114,69; 138,13) и 115,56 (105,59; 133,06) мм рт. ст. в I и II группе). Со 2-го и до 5-го года СНС САД у пациентов пожилого возраста соответствовала типу «non-dipper» (7,51 (2,83; 11,52) и 9,7 (3,56; 12,42) %). Уровень ПАД<sub>24</sub>, ПАД<sub>д</sub> и ПАД<sub>н</sub> на фоне лечения снизился, но к 5-му году оставался достоверно выше чем у больных среднего возраста (63,39 (55,33; 68,72); 63,33 (55,93; 69,62) и 59,95 (52,42; 66,06) мм рт. ст.).

**Выводы:** у пациентов пожилого возраста с эссенциальной АГ установлен недостаточный контроль уровня САД в ночное время, нарушение циркадного ритма по типу «non-dipper», несмотря на достигнутые целевые уровни по данным измерения офисного АД и домашнего мониторингования АД. Это обуславливает необходимость проведения СМАД у больных пожилого возраста как при первичном обследовании так и при дальнейшей оценке эффективности антигипертензивной терапии.

---

### ХАРАКТЕР СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ МОЗКОВОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Дроздова І.В., Бабець А.А., Степанова Л.Г., Омельницька Л.В.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

**Мета** – визначити структурно-функціональні особливості серця у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з ішемічним мозковим інсультом (ІМІ).

**Матеріали та методи.** В клініці ДУ «УкрДержНДІМСШ МОЗ України» обстежено 58 осіб з АГ III стадії у пізньому відновному періоді після перенесеного ІМІ. Тривалість АГ сягала  $4,8 \pm 1,6$  роки, після перенесеного інсульту минуло  $3,3 \pm 1,8$  року, у 10,9 % осіб був повторний інсульт. Усім хворим проводили добове моніторування АТ на апараті АВРМ-1, доплерехокардіографічне дослідження – на апараті Sonos.

**Результати.** На тлі наявної гіпертонії та перенесеного ІМІ в усіх хворих нормальна геометрія лівого шлуночка (ЛШ) зустрічалась у 51,8 %, його гіпертрофія

у – 48,2 %, при цьому ексцентрична – у 22,0 % і концентрична гіпертрофія – у 18,4 %, а концентричне ремоделювання – у 7,8 % випадків. Серед пацієнтів з добовим профілем АТ non-dipper нормальна геометрія ЛШ зустрічалась у 38,7 %, його гіпертрофія у – 61,3 %, при цьому ексцентрична – у 25,8 % і концентрична гіпертрофія – у 19,4 %, а концентричне ремоделювання – у 16,1 % обстежених. У хворих з добовим профілем АТ night-reaker нормальна геометрія ЛШ зустрічалась у 42,9 %, його гіпертрофія у – 57,1 %, при цьому ексцентрична – у 35,7 % і концентрична гіпертрофія – у 14,3 %, а концентричне ремоделювання – у 7,1 % випадків. Серед пацієнтів з добовим профілем АТ dipper нормальна геометрія ЛШ зустрічалась у 49,1 %, його гіпертрофія у – 51,9 %, при цьому ексцентрична і концентрична гіпертрофії – по 21,1 %, а концентричне ремоделювання – у 8,8 % обстежених. Індекс площі лівого передсердя у хворих на АГ III стадії збільшувалась при ексцентричній – на 19,61 % і концентричній гіпертрофії – на 9,92 % та зменшувався при концентричному ремоделюванні на 10,03 %, що обумовлено ремоделюванням судин (максимальною швидкістю кровоплину на правій загальній сонній артерії, діаметром правої хребтової артерії) та навантаженням тиском (денними індексом часу гіпертензії ДАТ, добовими середнім мінімальним АТ, мінімальним пульсовим АТ, індексом площі гіпертензії ДАТ). Кінцево-діастолічний розмір ЛШ у осіб з перенесеним інсультом збільшувався при ексцентричній на 11,07 % і концентричній гіпертрофії на 9,43 % та зменшувався при концентричному ремоделюванні на 6,56 %, що обумовлено ремоделюванням судин (діаметрами правої й лівої загальних сонних артерій, максимальними швидкостями кровоплину на правій та лівій загальних, на правій та лівій внутрішніх сонних артеріях) та навантаженням тиском (денними САТ і ДАТ, добовими середнім і максимальним САТ, середнім та максимальним ДАТ). Фракція викиду ЛШ у хворих на АГ III стадії зменшувалась при ексцентричній на 5,36 % і концентричній гіпертрофії на 5,47 %, при концентричному ремоделюванні на 2,57 %, що обумовлено навантаженням тиском (добовими мінімальними ПАТ і ДАТ та середнім АТ). Індекс площі правого передсердя у осіб з перенесеним інсультом збільшувався при ексцентричній гіпертрофії на 16,24 % і при концентричному ремоделюванні на 5,48 % та зменшувався при концентричній гіпертрофії на 18,09 %, що пов'язане з ремоделюванням судин (максимальною швидкістю кровоплину на правій та індексом резистентності лівої загальних сонних артерій).

**Висновки.** У пізньому відновному періоді після ішемічного інсульту ексцентричну гіпертрофію ЛШ необхідно розглядати як чинник ризику прогресування захворювання, у зв'язку з тим, що при ній значно частіше зустрічалися порушення добового профілю АТ у вигляді night-reaker і dipper.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА (ХЗЗК) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ

Коненко І.С., Стойкевич М.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета:** оцінити стан судинного ендотелію у хворих на ХЗЗК в залежності від нутритивного статусу.

**Методи дослідження:** обстежено 120 хворих на ХЗЗК, віком від 18 до 60, середній вік склав  $(38,13 \pm 1,08)$  років. Серед хворих 39 – з хворобою Крона (ХК), 81 – з неспецифічним виразковим колітом (НВК). В залежності від показників біоімпедансметрії всі пацієнти були поділені на 3 групи з різним нутритивним статусом. I групу (з нутритивною недостатністю) склали 70 пацієнтів, II (нормальний нутритивний статус) – 20 хворих на і III (підвищений нутритивний статус) – 30 пацієнтів. Для оцінки ендотеліальної функції використовувалась методика, визначення ендотелію-залежної вазодилатації плечової артерії в пробі з реактивною гіперемією. Метод базується на визначенні приросту діаметру ПА (dПА) у відповідь на механічну стимуляцію (транзиторна оклюзія плеча внаслідок компресії манжеткою сфігмоманометра вище місця локації судини). Для оцінки зміни dПА використовувався ультразвуковий сканер експертного класу Toshiba Xario з мультичастотним лінійним датчиком 7,5 мГц. Показник функції ендотелію (ПФЕ) розраховувався як різниця між dПА після декомпресії та початковим значенням, виражена у відсотках. Збільшення dПА більш ніж на 20 % свідчило про нормальну функцію судинного ендотелію (НФЕ), від 10 до 20 % – про зниження функції ендотелію (ЗФЕ), нижче за 10 % – про дисфункцію ендотелію (ДЕ), за методикою П.А. Лебедева.

**Отримані результати:** порушення функції судинного ендотелію виявлено у 76,7 % обстежених хворих. У структурі порушень переважали пацієнти зі ЗФЕ – 59 (49,2 %), ДФЕ зустрічалась у 2 рази рідше. При аналізі за нозологіями зміни функції судинного ендотелію виявлені у 62 (76,5 %) хворих на НВК та у 31 (79,4 %) хворих на ХК, переважно за рахунок зниження функції, що підтверджується позитивним кореляційним зв'язком між % прироста dПА та віком пацієнтів ( $r=0,22$ ,  $p=0,015$ ), тривалістю захворювання ( $r=0,21$ ,  $p=0,22$ ). У групі хворих на ХК виявлений зворотній кореляційний зв'язок між % прироста ПА та швидкістю зсідання еритроцитів ( $r=0,35$ ,  $p=0,03$ ). У пацієнтів з НВК ЗФЕ виявлено у 43,2 % випадків, а ДФЕ у 33,3 %, при ХК ЗФЕ – у 64,1 % хворих, ДФЕ – у 15,4 %. Достовірних розбіжностей між нозологічними групами не відмічалось. У хворих з підвищеним нутритивним статусом середні значення цього показника були найнижчими. Крім того % приросту dПА в II групі, також був нижчий за межі норм. Більш детальний аналіз виявив зміни функції судинного ендотелію у 53 (75,7 %) хворих зі зниженим нутритивним статусом, у 15 (75,0 %) пацієнтів II групи та 25 (83,4 %) хворих III групи, переважно за рахунок зниження функції ендотелію.

**Висновки:** таким чином, дослідження функціонального стану судинного ендотелію в УЗ пробі з реактивною гіперемією показало наявність порушень у 76,7 % обстежених хворих з переважанням ЗФЕ 50,0 % та ДЕ у 26,7 % хворих. Більш виражені зміни як за частотою виявлення порушень, так і за показником % приросту dПА виявлено у хворих на НВК в порівнянні з ХК. У хворих з нутритивною недостатністю зміни функції судинного ендотелію спостерігались у 75,4 %, при цьому показники ендотелій-залежної вазодилатації ПА були достовірно вищими в порівнянні з хворими з нормальним нутритивним станом: (17,21±0,76) мм та (14,45±0,45) мм відповідно.

---

### ШЛУНОЧКОВІ ПОРУШЕННЯ РИТМУ У ХВОРИХ З КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Шейко С.О., Колб Н.О., Юркова С.В.

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

Проблема шлуночкових порушень ритму (ШПР) посідає особливе місце в сучасній кардіології, що зумовлено як високою частотою самих ШПР, так і труднощами оцінки необхідності їх подолання. Клініко-гемодинамічне значення ШПР полягає у здатності спричиняти симптоми і синдроми, які або безпосередньо пов'язані з порушеннями гемодинаміки (синкопальні стани, стенокардія, серцева недостатність, артеріальна гіпотензія і колапс), або не погіршують стану гемодинаміки, але негативно впливають на якість життя хворого (запаморочення, нудота, тривога, іноді страх і передсинкопе). ШПР у хворих з серцевою недостатністю (СН) істотно погіршують прогноз і являються свідченням зростання імовірності раптової аритмічної смерті.

**Мета дослідження:** визначити структуру шлуночкових порушень ритму при хронічній серцевій недостатності (ХСН) з кардіоренальним синдромом (КРС).

**Матеріали і методи.** Обстежено 309 хворих похилого віку (від 60 до 73 років) з ХСН ішемічного генезу і КРС при рівні гемоглобіну (Hb) <120 г/л та швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) 60–90 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>, які склали основну групу. Середня тривалість захворювання – 7,11±3,9 роки. До групи порівняння увійшло 73 хворих (18 чоловіків та 55 жінок) з II-IV ФК ХСН без анемії віком 65,9±4,6 років. Контрольну групу склали 30 (7 чоловіків та 23 жінки) пацієнтів без серцево-судинних захворювань віком 65,7±5,3 роки. Групи були порівняними за статтю і віком. Діагноз ХСН визначали при наявності суб'єктивних клінічних симптомів та об'єктивних клінічних ознак ХСН, даних основних методів інструментальної діагностики ХСН: ЕхоКГ, рентгенографії грудної клітки, електрокардіографії (ЕКГ), холтеровського моніторингу ЕКГ, ТШХ. Здійснювали визначення гематокриту, кольорового показника, ретикулоцитів, тромбоцитів, еритроцитарних показників, заліза сироватки крові (ЗСК), загальної зв'язуючої здатності крові, насичення трансферину залізом, феритину, еритропоєтину (ЕРП), ШКФ, фактору

некрозу пухлини- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ). Для статистичної обробки отриманих результатів використовували методи біостатистики, реалізовані в пакетах програм STATISTICA v.6.1 (ліцензійний № AJAR909E415822FA).

**Отримані результати.** Шлуночкові порушення ритму достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) реєстрували у хворих основної групи порівняно з хворими з ХСН без КРС – у 134 (43,4 %) проти 15 (20,6 %). Часта, рання, групова і політопнашлуночкова екстрасистоля у людей похилого віку – це порушення ритму, що загрожують життю. Основною причиною серцевих аритмій у хворих похилого віку є ІХС, ускладнена ХСН. В основній групі значно більшою була питома вага небезпечних для життя шлуночкових аритмій – 56 (18,1 %) проти 4 (5,5 %).

У хворих похилого віку з ХСН III – IV ФК і КРС при рівні Hb < 100 г/л у 2,7 рази частіше (81,7 % випадків) реєстрували часту, ранню, групову шлуночкову екстрасистолю, ніж у хворих з рівнем Hb 100–120 г/л (30,2 %;  $p < 0,05$ ). Шлуночкові порушення ритму знижували якість життя хворих, що виявлялось в обмеженні фізичної активності ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ) та впливали на зростання тяжкості серцевої недостатності ( $r = +0,67$ ;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Поєднання КРС з ХСН за статистично порівняною тривалістю захворювання у хворих без КРС характеризується вищим відсотком небезпечних для життя аритмій (18,1 % проти 5,5 %).

---

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ПРИЁМЕ АНТИБИОТИКОВ

Душко Ю.И., Киреева Т.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

Современные данные мировой статистики показывают, что нежелательные явления, возникающие при использовании антибактериальных препаратов, являются одной из основных проблем безопасности противомикробной терапии. Бытует мнение, чтобы предупредить развитие нежелательных явлений необходим «профилактический» прием различных медикаментов: (пробиотики, гепатопротекторы, витамины, антигистаминные препараты).

**Цель.** Изучить частоту возникновения нежелательных явлений при стандартной антибактериальной терапии со стороны желудочно-кишечного тракта и необходимость медикаментозной профилактики их путем назначения пробиотиков.

**Методы исследования:** в ходе исследования было изучено 20 историй болезни пациентов принимающих антибиотики на базе 6 ГКБ г. Днепр. При этом учитывались следующие показатели: пол и возраст больных, диагноз, срок приёма антибиотиков, сопутствующая терапия, наличие побочных явлений. Для



оценки развития побочных действий от приёма и АБ и эффективности назначения дополнительных средств было проведено анкетирование.

**Результаты.** В течение периода наблюдения антибиотики принимали по поводу: 45 % – внегоспитальная пневмония, 20% – хронический бронхит, 10 % – ХОЗЛ и 25 % – другие инфекционные процессы. Продолжительность их лечения составляла от 3 до 10 дней. В исследовании пациентам назначались антибиотики, которые соответствуют протоколам лечения их заболевания: Цефтриаксон (5%), Азитромицин (25 %), Амоксициллин + клавулановая кислота (35 %), Левофлоксацин (35 %). Из 20 опрошиваемых пациентов – 11 принимали антибиотики с пробиотиками: 40 % по собственному желанию и 15 % по назначению врача. На фоне приёма антибактериальных препаратов побочные эффекты наблюдались у 3-х пациентов (запор или диарея), причем у 2 пациентов запоры возникли на фоне приема пробиотиков. Жалобы имели минимальную степень проявления и не потребовали на значения симптоматических препаратов для купирования нежелательного явления или отмены антибактериального препарата. После окончания курса лечения эти симптомы прошли в течении 3 дней самостоятельно. У 85 % пациентов не было никаких жалоб, которые бы указывали на последствия антибиотикотерапии.

**Выводы.** Вероятность возникновения побочных действий от антибиотикотерапии низкая (15 %). Выраженность нежелательных явлений (понос и диарея) незначительная, не требует коррекции и проходит самостоятельно по окончании курса лечения. Назначения пробиотика «профилактически» необоснованно удорожает стоимость лечения. При этом мы всегда должны помнить, что между антибиотиком и пациентом должен стоять врач. Рациональный выбор современных антибактериальных препаратов, соблюдение сроков лечения и кратности приема не требует профилактического назначения пробиотиков

---

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Шкапо В.Л., Несен А.О., Валентинова І.А.  
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»,  
м. Харків

**Мета** – оцінити вплив складових метаболічного синдрому (МС) на якість життя (ЯЖ) пацієнтів з коморбідною патологією.

**Матеріали та методи.** Обстежено (n=95) хворих (35 (36,8 %) чоловіків та 60 (63,2 %) жінок) з абдомінальним ожирінням (АО) у яких діагностовано артеріальну гіпертензію (АГ) а також наявності коморбідної патології: 72,6 % страждали на ішемічну хворобу серця (ІХС), 10,5 % перенесли інфаркт міокарда (ІМ), 35 % мали клінічні ознаки серцевої недостатності (СН) на момент обстеження, 22,1 % – цукровий діабет (ЦД), переважно 2-го типу, 27,4 % – хронічну хворобу нирок



(ХХН). Діагностику компонентів МС здійснювали згідно критеріїв Міжнародної федерації по вивченню діабету (IDF, 2005). Надлишкову масу тіла (НМТ) та ожиріння виявляли на підставі індексу маси тіла Кетле, згідно класифікації ВООЗ (1997). ЯЖ вивчалась за результатами заповнення анкети Sf-36. Кількісно оцінювали наступні показники: фізичне функціонування – (ФФ), вплив фізичного стану на рольове функціонування – (РФ), інтенсивність болю – (ІБ), загальний стан здоров'я – (ЗСЗ), життєва активність – (ЖА), соціальне функціонування – (СФ), вплив емоційного стану на рольове функціонування – (РФЕ), оцінка психічного здоров'я – (ПЗ). Ці шкали формують два загальних показники: «фізичний компонент здоров'я» (ФКЗ) та «психологічний компонент здоров'я» (ПКЗ). На теперішній час розроблено норми показників здоров'я. Так, загальні показники мають бути більше 50.

**Результати.** Більш низькі показники ЯЖ спостерігались у пацієнтів з ожирінням II та III ступеню і різним поєднанням компонентів МС. У цієї категорії пацієнтів спостерігалися труднощі при виконанні важких та помірних навантажень. ЯЖ хворих з ожирінням III ступеню була вірогідно нижчою за такими шкалами, як – ФФ на 8,54 %, РФ на 7,32 %, ЗСЗ на 9,53 %, СФ на 6,74 %, ПЗ на 11,67 % ( $p < 0,05$ ), в порівнянні з ЯЖ хворих з ожирінням I ступеню. Пацієнти, які мали ожиріння (в основному II і III ступеню) достовірно частіше оцінювали своє здоров'я, як погане і відчували себе більш схильними до захворювань. Навпаки, пацієнти з нормальною та надлишковою масою тіла оцінювали своє здоров'я як добре. Пацієнти з ожирінням II і III ступеню частіше відчували фізичний біль, який знижував здатність повсякденної діяльності, включаючи роботу по дому. Тому вираженість больового синдрому негативно впливала на показники ЯЖ у пацієнтів II і III ступеню ожиріння (ІБ –  $40,7 \pm 2,34$  и ІБ –  $32,4 \pm 4,35$  відповідно). Зниження загального фізичного компонента ЯЖ було пов'язано з труднощами при виконанні помірних повсякденних фізичних навантажень (приборка, підйом та перенос невеликих вантажів) та з порушеннями переміщення (труднощами при ходьбі, підйом сходами, нахилах і присіданнях). Пацієнти з ожирінням II і III ступенів значно частіше відмічали (в зв'язку з фізичним станом в них) труднощі в повсякденній діяльності, які призводили до скорочення часу та зниженню ефективності роботи. Загальні показники фізичного та психічного здоров'я також були значно зниженими в порівнянні з нормальними для популяції.

**Висновки.** У обстежених пацієнтів на МС та коморбідну патологію виявлене значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за всіма показниками ЯЖ, що приводить до значних обмежень у виконанні повсякденної діяльності, зумовленої як фізичним, так і психічним станом (рольове функціонування). Пацієнти з ожирінням II і III ступеню відчують труднощі, як при виконанні фізичних навантажень, так і при спілкуванні з людьми, внаслідок погіршення емоційного стану.

**ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК**

- Andruyschenko A. 28  
Chvora D.L. 31  
Demkova N.I. 36  
Dibrova M.S. 31, 36  
Filippova A.Yu. 30, 33, 35  
Garmish I.P. 36  
Habarlack S.V. 31  
Handal A. 28  
Homeniuk A. 28  
IegudinaYe. 37  
Khaniukov A. 37  
Kniazieva O.V. 32  
Kolesnyk K. 28  
Kuryata O. 29  
Kushnir Y.S. 31  
Lysunets T. 29  
Mytrokchina O.S. 31  
Potabashniy V.A. 32  
Semenov V. 29  
Skorohodova E.V. 36
- Авраменко І.В. 76  
Азаренко В.Е. 100  
Ащеулова Т.В. 69
- Бабаніна М.Ю. 118  
Бабець А.А. 43, 147, 179  
Базовкін П.С. 124, 125  
Басіна Б.О. 47  
Бевзюк Л.В. 50  
Белорусова Л.О. 164  
Белослудцева К.О. 97  
Биковська Л.Ю. 101  
Богдан Л.Г. 149, 174  
Божко В.В. 72  
Боев С.С. 54, 117, 155  
Бондар О.Г. 80, 91  
Бондарева О.О. 70  
Буртняк Т.З. 52
- Буряковская О.О. 93
- Валентинова И.А. 175  
Валентинова І.А. 184  
Василенко А.М. 87, 167  
Василенко В.А. 87, 167  
Величко С.О. 129  
Вовченко М.М. 93  
Волкова Л.В. 51  
Волошин О.І. 168
- Гавриш І.М. 84  
Гавура Л.А. 101  
Галушак О.В. 135  
Гальчинська В.Ю. 103, 157  
Гальчінська В.Ю. 65  
Гармиш И.П. 139, 145  
Гармиш І.П. 135  
Гашинова К.Ю. 95  
Герасименко Л.В. 54, 155  
Голубицкая Е.В. 99  
Гончар Л.В. 133  
Грек А.В. 57  
Гречаник М.М. 149, 156  
Гречаник Н.М. 45, 137  
Гринів О. І. 84  
Гриценко П.О. 78  
Губа Ю. В. 138  
Губарик О.В. 67  
Гуранич Т.В. 104
- Демешкіна Л.В. 83  
Дзяк Г.В. 122  
Діденко В.І. 152, 163  
Дмитриченко В.В. 107, 160  
Доголіч О.І. 168  
Дольник М.Ю. 70  
Доценко Н.Я. 54, 117, 155  
Дроздова І.В. 121, 147, 179

Дунаєвська М.М. 72  
Духовенко К.К. 78  
Душко Ю.И. 183

Еінер К.М. 165  
Ена Л.М. 50

Ємець М.М. 147

Жарінов О.Й. 122  
Ждан В.М. 118

Загороднюк Д.С. 55  
Зайченко О.Е. 90  
Захарчук Т.В. 133  
Зигало Е.В. 119, 152  
Златкина В.В. 173  
Зубко В.В. 57  
Зубко І.М. 51, 66

Иващук В.А. 117  
Игрушкина П.В. 143  
Измайлова Е.В. 175

Іпатов А.В. 162  
Іщейкін К.Є. 110

Калашникова О.С. 42  
Капкан П.А. 116  
Капшитарь А.В. 58, 153  
Караванська І.Л. 101  
Карапетян К.Г. 139  
Каргальская Н.И. 112  
Карп А.С. 112, 145  
Карп К.С. 112, 145  
Катеренчук І.П. 172  
Киреева Т.В. 114, 183  
Киричко М.Г. 111  
Кіреева Т.В. 97  
Кітура Є.М. 86  
Кітура О.Є. 86, 129  
Князева О.В. 60, 74

Коваленко О.М. 64  
Коваль Е.А. 116  
Коваль О.А. 41  
Коваль С.М. 72  
Коваль С.Н. 140  
Ковальчук Т.А. 124, 125  
Колб Н.О. 182  
Колесник Е.Л. 142  
Колесник Т.В. 142, 178  
Колесник Э.Л. 178  
Колесникова Е.В. 127  
Коненко І.С. 181  
Конопкіна Л.І. 85, 138  
Конькова В.С. 120  
Коротя Н.Н. 114  
Корпан А.С. 80, 91  
Косова А.А. 178  
Косова Г.А. 142  
Кротова В.Ю. 99  
Кудрявцева В.Є. 163  
Кузьміна Г.П. 94, 108  
Курочка Г.В. 42  
Курята А.В. 156  
Курята О.В. 67  
Кушнір Ю.С. 139

Лазаренко О.М. 94, 108  
Лебідь В.Г. 118  
Лисунець О.М. 51, 162  
Лисунець Т.К. 45  
Лобанов І.Ю. 172  
Люлька Н.О. 80, 91

Максаков Д.Н. 112, 145, 145  
Маландій О.С. 66, 121  
Малкович Н.М. 88, 164  
Маляр Е.Ю. 143  
Маргітич С.В. 112, 145, 145  
Марзан О.О. 42  
Маркова О.Я. 151  
Марочкіна В.В. 66, 121  
Марунчик С.Л. 164

Марциник Е.Н. 143  
Мацегора Н.А. 89  
Меженська К.А. 49  
Меланіч Е.В. 132  
Меланіч С.Л. 132  
Мельник В.В. 38  
Микитюк О.П. 63, 126  
Милославський Д.К. 72  
Мироненко О.В. 160  
Мисниченко О.В. 72  
Митрохина О.С. 55  
Михайліченко Д.С. 170  
Мікулець Л.В. 77, 133  
Мінчук Є.А. 78  
Моїсєєва Л.В. 106  
Молодан А.В. 117  
Молодан В.І. 69  
Молодан Д.В. 69  
Мосенцева О.В. 149, 174  
Мосійчук Л.М. 83, 160  
Мохначов О.В. 172  
Мошенець К.І. 27, 44  
Мухаммад Мухаммад 55

Надюк А.В. 142  
Назаренко А.А. 159  
Настрога Т.В. 110  
Невойт Г.В. 80, 91, 129  
Несен А.А. 175  
Несен А.О. 184  
Нікіфорова Я.В. 93  
Новоженина Л.И. 111

Овдій М.А. 162  
Олійник М.О. 49  
Омельницька Л.В. 179  
Омельян Л.П. 89

Пелех М.О. 78, 177  
Пенькова М.Ю. 72  
Перцева Н.О. 27, 159, 174  
Перцева Т.О. 97, 138, 170

Петишко О.П. 115  
Петішко О.П. 119, 160  
Писарєвська К.О. 122  
Полницька Ю.А. 147  
Потабашний В.А. 100  
Потабашній В.А. 74, 75  
Потяженко М.М. 91, 110, 129  
Приступа Л.Н. 57  
Пролом Н.В. 119  
Пугач Т.В. 116

Разумний Р.В. 56  
Родіонова В.В. 59, 64  
Рокутова М.К. 38, 143  
Романенко С.В. 116  
Романуха В.В. 84, 104  
Рубцов Р.В. 124, 125  
Руденко А.І. 160  
Руденко О.Г. 107  
Рудник В.Т. 84, 104

Самохіна Л.М. 96  
Сапожниченко Л.В. 42  
Семенових П.С. 65  
Семеновых П.С. 157, 169  
Симчич Х.С. 104  
Сиренко О.Ю. 139  
Сімонова О.В. 83  
Сіренко О.Ю. 45  
Скирда И.Ю. 71, 115  
Слива С.В. 121  
Смольянова О.В. 130  
Снігурська І.О. 72  
Соколюк Н.Л. 80, 91, 129  
Старченко Т.Г. 120, 140  
Степанов Ю.М. 115  
Степанчук Є.Г. 89  
Степанова Л.Г. 179  
Стойкевич М.В. 81, 181

Танцура О.В. 51  
Тарнавська Н.М. 45, 137

- Татарчук О.М. 163  
Тимченко Е.В. 156  
Тищенко І.В. 143  
Тищенко І.В. 70  
Тімченко Є.В. 174  
Ткач Л.І. 80, 91  
Ткаченко Ю.В. 51  
Топчий І.І. 103, 169  
Топчій І.І. 65  
Трунова Л.А. 149, 156
- Уварова К.Г. 127
- Фадєєнко Г.Д. 93  
Фесенко В.І. 52, 60, 62  
Филиппова Е.В. 156  
Філіппова Є.В. 78, 177  
Фролова Е.А. 139  
Фролова Є.О. 46
- Ханюков А.А. 99  
Ханюков О.О. 136  
Ханюкова І.Я. 51, 162  
Хмель О.С. 59  
Ходасенко О.М. 177  
Ходасенко О.Н. 149  
Хомазюк Т.А. 99
- Чаплинська Н.В. 104  
Чвора Д.Л. 101
- Чепуркова О.М. 107  
Черкасова Г.В. 67, 137  
Чуб Д.І. 174
- Швець С.В. 151  
Шевцова З.І. 81  
Шевченко Ю.А. 39  
Шейко С.А. 87, 167  
Шейко С.О. 182  
Шехунова І.А. 54, 117, 155  
Шкапо В.Л. 175, 184  
Шохова М.О. 148  
Шрамко О.В. 78  
Штепа О.О. 106
- Щербань Т.Д. 169  
Щудро О.О. 85  
Щукіна О.С. 41
- Юркова С.В. 182  
Юшко К.А. 140  
Юшко К.О. 120
- Ягмур В.Б. 152  
Якименко Ю.С. 96, 103, 157  
Яковенко Н.О. 66  
Яловенко М.І. 136  
Яресько М.В. 90  
Яценко О.В. 131  
Яценко Т.Д. 46

Наукове видання

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Від клінічних досліджень до клінічної практики**

Тези наукових доповідей  
науково-практичної конференції

*(англійською, українською та російською мовами)*

Редакційна колегія: Перцева Т.О. та ін.

Відповідальна за випуск О.В. Вінниченко  
Макет та верстка Misheal\_D

Здано на складання 20.04.17. Підписано до друку 29.04.17.  
Формат 60x90/16. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.  
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 11,8. Тираж 170 прим. Замовлення №04/16.

Видавець і виготовлювач видавництво «ГЕРДА»,  
49000, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 60  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №397 від 03.04.2001  
[www.book-shop.in.ua](http://www.book-shop.in.ua)

**А43** **Актуальні питання внутрішньої медицини. Від клінічних досліджень до клінічної практики : тези наукових доповідей науково-практичної конференції / редкол.: Т.О. Перцева та ін. – Дніпро : Герда, 2017. – 190 с. : іл.**

**ISBN 978-617-7097-68-5**

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**

**ISBN 978-617-7097-68-5**

ISBN 978-617-7097-68-5



9 786177 097685