

МАТЕРИАЛИ

**ЗА XI МЕЖДУНАРОДНА
НАУЧНА ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ**

«ACHIEVEMENT OF HIGH SCHOOL - 2015»

17 – 25 November, 2015

**Том 12
Лекарство
Биологии
Физическа култура и спорт**

София
«Бял ГРАД-БГ» ООД
2015

То публикува «Бял ГРАД-БГ» ООД, Република България, гр.София,
район «Триадица», бул. «Витоша» №4, ет.5

Материали за 11-а международна научна практична конференция, «Achievement of high school», - 2015.

Том 12. Лекарство. Биологии. Физическа култура и спорт.
София. «Бял ГРАД-БГ» ООД - 112 стр.

Редактор: Милко Тодоров Петков

Мениджър: Надя Атанасова Александрова

Технически работник: Татяна Стефанова Тодорова

Материали за 11-а международна научна практична конференция,
«Achievement of high school», 17 – 25 November, 2015
на Лекарство. Биологии. Физическа култура и спорт.

За ученици, работници на проучвания.

Цена 10 BGLV

ISBN 978-966-8736-05-6

© Колектив на автори, 2015
© «Бял ГРАД-БГ» ООД, 2015

Кількість досліджень представлені нижче:

Метод ИФА	Кількість обстежених	Кількість позитивних результатів	% позитивних результатів
ИФА	566	67	11,84
ПЦР	57	53	93

При використанні методу ИФА ми отримали 11,84% позитивних результатів. Високий процент виявляемості коректен в зв'язі з контингентом обстежених осіб. Серед позитивних результатів методом ПЦР з 57 пацієнтів підтверджено 53, що становить 93%.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що ПЦР-діагностика являється більш високочувствительним і специфічним методом. Тому, при діагностиці гепатиту С необхідна комплексна лабораторна діагностика: ИФА (як метод скринінга) і ПЦР (кількісний і якісний аналіз).

Література:

1. Бреднева Л.Ю. Хронічний гепатит С. 2013.
2. Інформаційний бюлетень № 164, квітень 2014.
3. Інформаційний бюлетень № 164, червень 2015.
4. Калинина О.В. Молекулярна епідеміологія гепатиту С. Вірусні гепатити. 2000.
5. Лакина Е.И., Куц А.А. РНК вірусу в організмі хворих хронічним гепатитом С. 2002.

Шейко С.О., Колб Н.О.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
кафедра педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики
ФПО (Зав. кафедрою д.мед.н. С.О.Шейко, e-mail:doctor.sheyko@gmail.com)*

РЕСПІРАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є одним із найпоширеніших хронічних захворювань дорослого населення. В Україні поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) серед хвороб системи кровообігу у дорослих (18 років і більше) становить 46,8%. Це означає, що половина пацієнтів з хворобами системи кровообігу має підвищений артеріальний тиск. На долю АГ припадає 0,1% усіх випадків смерті від патології органів кровообігу. Значне поширення артеріальної гіпертензії (АГ) серед населення та щорічний ріст захворюваності та смертності від її ускладнень свідчить про відсутність повної уваги про механізми розвитку патологічного про-

цесу та низьку ефективність у визначенні шляхів профілактики та лікування гіпертонічної хвороби. Артеріальна гіпертензія є прогресуючим серцево-судинним синдромом, який виникає внаслідок складної взаємодії різних етіологічних чинників. Основними чинниками розвитку артеріальної гіпертензії є чинники модифіковані (ті, що піддаються корекції) і немодифіковані (неможливо змінити – вік, стать). Їх також можна ділити на основні: похилий вік, паління, дисліпідемія і додаткові: порушена толерантність до глюкози, низька фізична активність. Останнім часом значну увагу приділяють проблемі поєданого перебігу АГ, обтяженої різними факторами ризику, серед яких важливе місце посідає хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Аналіз літературних джерел свідчить про те, що погіршення функції легень у хворих з АГ, поряд з основними факторами ризику є вагомим показником серцевої летальності. Так, зменшення об'єму форсованого видиху за 1 секунду на 10% збільшує загальну смертність на 14%, серцево-судинну-28%, ризик розвитку ішемічної хвороби серця – на 20%. Кількість випадків одночасного перебігу ГХ і ХОЗЛ, ішемічної хвороби серця (ІХС) і ХОЗЛ зростає. Наприклад, серед літніх осіб ІХС із супровідним ХОЗЛ діагностується в 62% випадків. Синхронний перебіг ГХ і ХОЗЛ завжди супроводжується синдромом взаємного обтяження, а основними патогенетичними механізмами є хронічна вісцеральна гіпоксія, порушення бронхіальної провідності та процесів дифузії газів, зміни циркуляції крові в малому колі кровообігу, порушення серцевого ритму, прогресивне погіршення діастолічної і систолічної функції лівого шлуночка (ЛШЛ), підвищення тромбогенності крові, мікроциркуляторні розлади. Однак, частка хворих з АГ, які за відсутністю факторів ризику розвитку порушень бронхіальної провідності мають симптоми обструктивного синдрому, характерного для хронічних бронхолегеневих захворювань і для легенево-серцевої недостатності. Вони часто скаржаться на задишку і кашель. Виникають проблеми лікування таких хворих. Зокрема, постає питання раціональності застосування препаратів першої лінії – інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ). Проте, досі не з'ясовано механізми розладу функції зовнішнього дихання при ІХС та ГХ у хворих без супутнього ХОЗЛ. Відомо, що артеріальна гіпертензія характеризується підвищенням тонусу симпатичної нервової системи. Генез можливої бронхообструкції у хворих з АГ залишається загадковим. В доступній спеціальній літературі наведено недостатні, а часом, суперечливі дані стосовно порушень кардіо-респіраторних відносин у хворих з АГ. Тому метою нашого дослідження було діагностування порушень респіраторної системи у хворих з артеріальною гіпертензією для подальшої розробки комплексного лікування пацієнтів даної категорії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 49 хворих віком (від 45 до 65 років) з ГХ II стадії та тривалістю захворювання понад 10 років. Серед них 24 жінки та 25 чоловіків, віком – 54,5±9,3 років. Групу порівняння склали 23 (11 жінок та 12 чоловіків) хворих з ГХ II стадії та супутнім ХОЗЛ, віком 53,7±8,2 роки. До контрольної групи увійшло 25 здорових, порівнянних за віком і статтю пацієнтів.

Усі пацієнти були обстежені згідно з рекомендаціями робочої групи з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів за участю спеціалістів-

нефрологів та ендокринологів (2014). У всіх хворих виключено симптоматичний генез АГ та встановлено діагноз «гіпертонічна хвороба» (ГХ) II стадії, 2 ступеню. Критеріями виключення було паління, вплив зовнішніх поллютантів, в тому числі виробничих пилових факторів ризику. Проведено загальноклінічне, інструментальне та лабораторне обстеження хворих, яке включало загальні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові з визначенням загального білка і білкових похідних (фібрин, креатинін), ліпідний комплекс, циркулюючі імунноглобуліни, рентген легенів, спірографію, електрокардіографію (ЕКГ), добове моніторування артеріального тиску і електрокардіограми, ехокардіографію (ЕхоКГ), пульсоксиметрію, при наявності мокротиння – загальний і бактеріологічний аналіз мокротиння.

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики. Результати представлені у вигляді середнього значення (М), 95% довірчого інтервалу, похибки середньої (m). Вірогідність різниці кількісних даних встановлювали за допомогою t-критерія Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Враховуючи наявність у хворих таких скарг, як кашель, задишку при фізичних навантаженнях, на першому етапі дослідження після загального клінічного обстеження пацієнтів основної групи, групи порівняння та контрольної групи виконували дослідження функції зовнішнього дихання. В усіх хворих оцінювали життєву ємність легень (ЖЄЛ, л) і об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1, л). Дані приведено в таблиці 1.

У здорових пацієнтів при збереженні рівня артеріального тиску, що не перевищує 130/85 мм рт. ст., серцево-судинна і респіраторна системи знаходяться в стані достатніх адаптаційних можливостей.

Таблиця .1

Показники функції зовнішнього дихання у пацієнтів з ГХ II стадії та у пацієнтів з ГХ II стадії з супутньою ХОЗЛ (М±m).

Показники	Хворі з ГХ II стадії без ХОЗЛ (n=49)	Хворі з ГХ II стадії з супутнім ХОЗЛ (n=23)	Здорові пацієнти (n=25)
ОФВ1, л	2,3±0,16*#	1,3±0,2*	3,15±0,1
ЖЄЛ, л	3,2±0,19*#	2,2±0,27*	3,6±1,5

Примітка: *- статистично достовірно відрізняється від аналогічного показника в групі здорових; # – статистично достовірно відрізняється від аналогічного показника в групі хворих з ГХ II стадії з ХОЗЛ.

На сьогоднішній день спірометрія є основним методом диференційної діагностики обструктивного синдрому.

Дослідження дало змогу виявити достовірну різницю показників зовнішнього дихання між групами хворих з ГХ II стадії та у пацієнтів з ГХ II стадії з

супутньою ХОЗЛ. В той же час, ОФВ1(л) і ЖЄЛ (л) достовірно відрізнялись від таких у здорових пацієнтів того ж віку.

Це дає змогу стверджувати, що у хворих ГХ II стадії із супровідним ХОЗЛ наявна обструктивна дихальна недостатність, яка формується внаслідок погіршення прохідності бронхів.

Статистично достовірні порушення функції зовнішнього дихання у пацієнтів з ГХ II стадії свідчать про порушення адаптаційних процесів, які, вірогідно, виникають в басейні малого кола кровообігу у цих хворих. В свою чергу, респіраторні порушення можуть бути причиною енергетичного дисбалансу в серцевому м'язі, призводити до погіршення перебігу артеріальної гіпертензії, розвитку гіпоксії, ішемії міокарда та інших ускладнень. Отримані дані вказують на необхідність поглибленого вивчення порушень кардіо-респіраторної системи у даної категорії хворих.

ВИСНОВКИ

1. Особливостями функціонального стану респіраторної системи хворих з ГХ II стадії є зміни об'ємних та швидкісних показників зовнішнього дихання, які обмежують фізичну працездатність організму хворого.

2. Порушення функції зовнішнього дихання у пацієнтів з ГХ II стадії вказують на необхідність подальшого поглибленого дослідження порушень кардіо-респіраторної системи у даної категорії хворих.

Література

1. Інструментальні методи дослідження функції зовнішнього дихання при захворюваннях бронхолегеневої системи / Ю. М. Мостовий, Т. В. Константинович, Чічірельо, О. М. Колошко, Л. В. Распутіна // К.- 2001.- 36 с.

2. Калманова Е. Н. Исследование респираторной функции у больных легочными заболеваниями /Е. Н Калманова // Пульмонология и аллергология.- 2002.- № 2.- С. 14-17.

3. Кароли Н.А. Коморбидность у больных хронической обструктивной болезнью легких: место кардиоваскулярной патологии/ Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Рацион. фармакотерапия в кардиологии.- 2009.-№ 4.- С. 9–16.

4. Козлова Л. И. Хронические обструктивные болезни легких у больных ишемической болезнью сердца:15-летнее наблюдение / Л. И. Козлова, Р. В. Бузунов, А. Г. Чучалин // Терапевт. арх.- 2001.- № 3.- С. 27-32.

5. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 №555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень». Адаптована клінічна настанова «Хронічне обструктивне захворювання легень».

6. Gan W.Q. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis / W.Q.Gan, S.F. Man, A. Senthilselvan // Thorax.-2004.- №59 (7).-P. 574–800.