

УДК 616.131-005.6-037-036.3/8

*А.С. Андрющенко*¹
*Н.О. Бут*²,
*С.В. Андрющенко*²

**ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ PESI
ДЛЯ ОЦІНКИ ІНДЕКСУ ТЯЖКОСТІ
ТА РИЗИКУ 30-ДЕННОЇ СМЕРТНОСТІ
У ХВОРИХ НА ТРОМБОЕМБОЛІЮ
ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

КЗ «Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня №4» ДОР²

Мета роботи – оцінити ступень тяжкості та стратифікацію ризику смерті за шкалою PESI у пацієнтів з тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено ретроспективний аналіз 30 історій хвороб пацієнтів із верифікованим діагнозом ТЕЛА віком від 33 до 88 років (22 чоловіки та 8 жінок), які проходили стаціонарне лікування в КЗ «ДКОЦКК»ДОР» протягом 2015-2017 років. Встановлено діагноз, проведено діагностичне обстеження та лікування згідно з Рекомендаціями ESC з діагностики та ведення пацієнтів із гострою емболією системи легеневої артерії 2014. З метою оцінки індексу тяжкості та ризику 30-денної смертності була використана шкала PESI (2010).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При госпіталізації: середній вік хворих становив 61,3 року, вік >65 років – 10 (33,3%), клінічні симптоми тромбозу глибоких вен (ТГВ) – 10 (33,3%), кількість чоловіків – 22 (73,3%), середній індекс маси тіла (ІМТ) – 31,2. Усі 30 пацієнтів мали ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу – 20 (66,7%). Хронічна серцева недостатність (ХСН) діагностована в 28 (93,3%) пацієнтів, із них ІІ ФК – в 11 (39,3%), ІІІ ФК – у 17 (60,7%). Хронічний рецидивуючий перебіг ТЕЛА спостерігався в 10 (33,3%) хворих. Цукровий діабет – у 4 (13,3%) хворих, патологія периферійних судин – у 25 (83,3%), порушення ритму за типом ФП – 19 (63,3%). Наявність коморбідної патології: хронічні захворювання

органів дихання – 13 (43,3%), захворювання гепатобіліарної системи – 19 (63,3%), патологія нирок – 13 (43,3%). Частоту серцевих скорочень (ЧСС) більше 100 ударів за хвилину мали 7 (23,3%) пацієнтів, односторонній біль у литкових м'язах відмічав один (3,3%), онкологічне захворювання в анамнезі – в 1 (3,3%) пацієнта. За шкалою оцінки індексу тяжкості та ризику 30-денної смертності PESI: дуже низький рівень мали 3 хворих (10%), низький рівень – 8 (26,7%), помірний ризик – 6 (20%), високий ризик – 8 (26,7%), дуже високий ризик – 5 (16,7%). У групі з рецидивуючим перебігом ТЕЛА: низький ризик – 3 (30%) пацієнти, помірний – 1 (10%), високий – 4 (40%) і дуже високий – 2 (20%). Лікування проводилось згідно з Рекомендаціями ESC з діагностики та ведення пацієнтів з гострою емболією системи легеневої артерії 2014: 25 пацієнтам (83,3%) проведено тромболізис, 5 (16,7%) – хірургічне лікування. Антикоагулянтна терапія проводилась антагоністами вітаміну К (варфарин) 40% пацієнтів, рівароксабаном – 56,7%, дабігатраном – 3,3%. Ускладнень антикоагулянтної терапії у вигляді малих або великих кровотеч не відмічалось.

ПІДСУМОК

За результатами шкали PESI більшість хворих мали низький або високий ступінь ризику 30-денної смертності. Основними предикторами ступеня тяжкості встановлено: чоловіча стать, хронічна серцева недостатність, наявність хронічного захворювання легень.



УДК 616.24-007.272-036.1-092.11-053.9

Е.О. Асанов

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХОЗЛ

*ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»
Вишгородська, 67, Київ, 04114, Україна*

Якість життя – це критерій, який дозволяє оцінити комфортність життєдіяльності пацієнта, його функціональні можливості, рівень його адаптації в умовах хвороби. У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) симптомокомплекс хвороби, який визначає якість життя, негативно впливає на життєдіяльність пацієнтів. У той же час, визначення якості життя дозволяє індивідуалізувати лікувальні заходи і підвищити ефективність лікування. Тому в пацієнтів похилого віку з ХОЗЛ важливо оцінювати якість життя.

Мета дослідження – оцінити якість життя хворих похилого віку з ХОЗЛ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 32 хворих похилого віку на ХОЗЛ І-ІІ ст., без загострення, з давністю захворювання від 7 до 27 років, групи ризику А і В. Визначали якість життя з використанням неспецифічного опитувальника EuroQol -5D (EQ-5D) та специфічного опитувальника «Респіраторний опитувальник госпіталю Святого Георгія» (St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ). Стан вентиляційної функції легень оцінювали на апараті "Spirobank" ("Mir", Італія), сатурацію крові реєстрували за допомогою монітора "ЮМ-300" ("ЮТАС", Україна).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як відомо, рівень здоров'я і якість життя означає не тільки наявність хвороби та її вираженість, а й здатність пацієнта до самообслуговування, його соціальні контакти, побутова активність, психоемоційний стан. Проведеними дослідженнями встановлено, що більшість пацієнтів похилого віку з ХОЗЛ відчувають

помірні труднощі при ходьбі. У той же час, ХОЗЛ не чинить істотного впливу на процес одягання та вмивання, а також на повсякденну активність. Значно більше пацієнтів похилого віку з ХОЗЛ відчувають біль / дискомфорт і тривогу / депресію. Аналіз за шкалою SGRQ виявив підвищення показників за всіма компонентами у хворих похилого віку на ХОЗЛ. Найбільш виражені зміни відзначалися в розділі «симптоми» і «фізична активність». Оцінка показника компоненти «сприйняття» свідчить про те, що хвороба впливає на соціальний та психологічний статус пацієнтів похилого віку з ХОЗЛ. Виражене підвищення підсумкової оцінки, в цілому, відображає негативний вплив хвороби на стан здоров'я і якість життя хворих похилого віку на ХОЗЛ.

Бронхіальна обструкція у хворих на ХОЗЛ призводить до розвитку артеріальної гіпоксемії, тканинної гіпоксії та зниження стійкості до гіпоксії. Це, поряд із симптомами хвороби, призводить до зниження фізичної активності та може обмежувати соціальні контакти, негативно впливати на психоемоційний стан хворих і знижувати якість життя. Аналіз отриманих результатів дозволив встановити зворотню залежність між бронхіальною прохідністю і загальним балом опитувальника EQ-5D у хворих похилого віку на ХОЗЛ.

ПІДСУМОК

У хворих похилого віку на ХОЗЛ розвивається виражене зниження якості життя. При цьому якість життя у них значною мірою визначається ступенем бронхіальної обструкції.



**О.Я. Бабак,
К.А. Лапшина,
А.М. Черняк**

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ЗМІНИ РІВНЯ ЦИТОКЕРАТИНУ-18 У ПЛАЗМІ КРОВІ

*Харківський національний медичний університет
пр. Науки, 4, Харків, 61000, Україна
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМНУ»
пр. Л. Малої, 2А, Харків, 61000, Україна*

Наявність у пацієнта стеатогепатиту вимагає від лікаря призначення лікарських засобів для запобігання прогресування захворювання. Стратегія лікування спрямована на усунення факторів ризику, фармакологічну корекцію інсуліно-резистентності та гіперліпідемії, а також застосування лікарських засобів з потенційним гепатопротективним ефектом. На сьогодні найбільш широкоживаними гепатопротекторами є урсодезоксихолева кислота, адеметіонін й есенціальні фосфоліпіди. Цитокератин 18 (СК-18) є маркером апоптозу клітин печінки.

Мета дослідження – вивчення рівня СК-18 у плазмі крові в пацієнтів НАЖХП, також оцінка його динаміки під впливом комплексного лікування урсодезоксихолевою кислотою (УДХК) та адеметіоніном.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 30 хворих на НАЖХП. Середній вік пацієнтів становив $47,60 \pm 3,7$ року, участь взяли 16 (53%) чоловіків і 14 (47%) жінок. Всім пацієнтам було встановлено діагноз НАЖХП, проведені традиційні клініко-лабораторні дослідження, оцінка трофологічного статусу, лі-

підного обміну. Визначення СК-18 імуноферментним методом із застосуванням набору ELISA. Аналіз динаміки біохімічних показників і рівня СК-18 у плазмі крові проводився до початку лікування і через 30 днів. Всі пацієнти отримували комбіновану терапію УДХК 10 мг/кг на добу в поєднанні з адеметіоніном 800мг в/в струменно перші 10 днів та з переходом на подальший прийом 400 мг 2 рази на день внутрішньо тривалістю до одного місяця.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження СК-18 у плазмі крові хворих на НАЖХП до і через місяць лікування показав достовірне зниження рівня СК-18 у плазмі крові - на 8,6% $p(<0,05)$, показники синдрому цитолізу АсАТ і АлАТ зменшилися в 2 і 2,4 рази відповідно ($p<0,04$).

ПІДСУМОК

Комбінація УДХК і адеметіоніну приводить до зниження рівня СК-18 у плазмі крові хворих на НАЖХП, а також до зменшення показників цитолізу, що свідчить про уповільнення прогресування захворювання.



УДК 616.131-005.6-036-035.7

**Б.А. Басина,
К.О. Белослудцева,
Т.В. Киреева,
Б.О. Чернолевский,
Е.А. Савицкая**

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
e-mail: dsma@dsma.dp.ua

На сегодняшний день тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одной из самых распространенных сердечно-сосудистых патологий и составляет в среднем от 0,5 до 2 случаев на 1000 в год [S.Vuprajarntham и соавт., 2014]. В последние годы летальность от ТЭЛА существенно возросла и составляет 117 случаев на 100000 [Richard H.White, 2003]. Причем в 70% случаев диагноз ТЭЛА был поставлен уже посмертно.

Цель нашей работы – исследование наиболее значимых факторов, которые могут приводить к ошибкам в диагностике ТЭЛА, на примере клинического случая с неблагоприятным исходом.

Пациент М., 43 года, поступил с жалобами на обильное кровохарканье, одышку при минимальной нагрузке, боль в левой половине, субфебрильную температуру. Заболевание связывает с переохлаждением на рыбалке 1,5 мес. назад, после чего появились боль в горле и заложенность носа; одышка появилась месяц назад, а три дня назад резко усилилась. Рентгенологически выявлены инфильтративные изменения слева с деструкцией. Поставлен д-з ВГ левосторонняя деструктивная пневмония, 3 клиническая группа, назначена антибактериальная терапия (цефтриаксон+левофлоксацин в/в). Через 7 суток - пациент с отрицательной клинической динамикой. Длительность заболевания, внезапное развитие одышки, наличие кровохарканья и боли в грудной клетке, отрицательная клиническая динамика привели к необходимости дифференцировать заболевание с ТЭЛА. Правильный сбор анамнеза у пациентов позволяет включить ТЭЛА в перечень нозологий, требующих дифференциальной диагностики.

Пациент отрицал все возможные причины возникновения тромбоза. Назначена КТ легких, выполненная в обычном режиме – заключение: деструктивная пневмония слева.

Клинические показатели отличаются большим полиморфизмом: диспноэ, тахипноэ, за грудинные боли, кашель, кровохарканье, син-

копе, синдромы ТГВ, цианоз, тахикардия, лихорадка (их специфичность варьирует в границах 7-68%) [Мостовой Ю.М. и соавт., 2006]. Показатель уровня D-димера, хоть и является высокочувствительным и быстрым в определении, но не является специфичным, по его уровню можно лишь исключить ТЭЛА (в случае концентрации <0,5 мг/л) [Wakai A., 2003]. В данном случае назначение исследования маркера не целесообразно из-за обильного кровохарканья.

На десятые сутки внезапно состояние пациента резко ухудшилось: АД 60/40 мм рт. ст., сатурация кислорода 78%, ЧСС – 128/мин, ЧД – 38/мин. Пациент переведен в ОРИТ.

При острой стадии ТЭЛА следует провести ЭКГ и Эхо КГ [Пархоменко А.Н., 2011]. По данным ЭКГ – выявлена блокада задней ветви правой ножки пучка Гиса, синусовая тахикардия, отрицательные зубцы Т в V1-V3, что свидетельствовало о перегрузке правых отделов сердца. С целью исключения ТЭЛА назначается повторная КТ легких с контрастированием в ангиорежиме: выявлены множественные дефекты наполнения в сосудах правого легкого, почти полное отсутствие прохождения контраста в легочном стволе, деструкция паренхимы левого легкого. Многослойная ангио-КТ является малоинвазивным и сравнительно доступным методом, позволяющим подтвердить или исключить диагноз ТЭЛА [Васильева Л.И. и соавт., 2017]. В случае своевременного установления правильного диагноза и предоставления адекватной терапии можно минимизировать риск смертельного исхода от ТЭЛА до 8% [Яковлев В.Б. и соавт., 2002].

Диагноз ТЭЛА был поставлен на 12 сутки госпитализации, когда прогноз для жизни пациента уже был неблагоприятным. Пациент вспомнил о травме ноги за 4 месяца до эпизода одышки и рекомендациях травматолога длительно принимать ксарелто 20 мг/сут., которые он не выполнял.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализируя клинический случай, следует отметить следующие причины поздней диагностики

ТЭЛА и неблагоприятного исхода: отсутствие настороженности в плане развития ТЭЛА, не тщательный сбор анамнеза, переоценка данных

дополнительных исследований (рентгенограмма легких), позднее назначение методов диагностики локализации и массивности ТЭЛА.



УДК 616.131-005.6-085-036.3/4

**Б.А. Басина,
Т.В. Киреева,
А.С. Чулков,
В.А. Шипоша**

ТЭЛА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает второе место среди причин внезапной смерти [Пронин А.Г., 2016 г.]. Во всем мире от этой патологии ежегодно погибают более 3 миллионов пациентов [Raskob G. et al., 2014]. Частота встречаемости ТЭЛА – от 23 до 250 случаев на 100 000 населения в год, но каждый второй случай не диагностирован [Jaff M.R. et al., 2011]. Обусловлено это в первую очередь тем, что ТЭЛА – «великий имитатор» и симптомы заболевания неспецифичны, кроме этого отсутствует настороженность врачей и пациентов в плане развития этого грозного осложнения.

Главным предрасполагающим фактором развития ТЭЛА является тромбоз глубоких вен нижних конечностей, но в терапевтической практике это часто остается за пределами внимания врача. Однако следует помнить, что такие клинические проявления, как установка центрального венозного катетера, хроническая сердечная и дыхательная недостаточности, сепсис, злокачественные новообразования, химио- и гормонотерапия, тромбофилия относятся к факторам умеренного риска, а беременность, послеродовое состояние, пожилой возраст, ожирение, варикозное расширение вен, длительный постельный режим (более 3 суток) и длительное нахождение в положении сидя являются факторами низкого риска [Перепеч Н. Б., 2015 г.].

Современные лабораторные тесты позволяют выявлять наследственные факторы развития ТЭЛА: резистентность к активированному протеину С (наличие этой мутации увеличивает вероятность возникновения тромбоза глубоких вен в 3 раза); мутация 20210А протромбина (вероятность развития тромбоза глубоких вен или ТЭЛА увеличивается в 2 раза) и др. [Мухаметшина Г.А., 2013 г.].

Цель нашей работы – оценить степень риска развития ТЭЛА у пациентов терапевтического профиля, выявить пациентов с высоким риском для определения прямых источников тромбоза.

Работа проводилась на базе терапевтического, пульмонологического и кардиологического отделений КУ «ГКБ №16 ДОО». Пациентам проводились стандартные клинические методы обследования, лабораторные тесты: общий анализ крови, коагулограмма, почечные и печеночные пробы. Для оценки степени риска ТЭЛА были использованы модифицированная Женевская шкала и шкала Wells с трехуровневой схемой оценки вероятности. Так как использование Женевской шкалы позволило выявить промежуточную и высокую степени вероятности у большего количества пациентов, было принято ориентироваться именно на ее результаты.



УДК 616-06-085-036.8:615.225

О.В. Боброва

ВПЛИВ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ АТОРВАСТАТИНОМ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна*

Мета дослідження – вивчити дію аторвастатину (АС) у пацієнтів на есенціальну гіпертензію І-ІІ стадії в сполученні із хронічними обструктивними захворюваннями легенів (ХОЗЛ).

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було обстежено 30 пацієнтів на ЕГ І-ІІ стадії у віці від 41 до 64 років, середній вік пацієнтів становив $53,7 \pm 1,1$ року. Давність захворювання на ХОЗЛ у середньому становила $6,1 \pm 1,3$ року, а на ЕГ – $7,5 \pm 1,3$ року. У 17 пацієнтів діагностували ЕГ І стадії, а в 13 пацієнтів – ЕГ ІІ стадії. Усім пацієнтам проводили добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) за допомогою апарата «Кардіотехніка-4000 АТ» (Инкарт), Росія. Дослідження проводили в першій половині дня натще або не раніше ніж через 1,5 години після прийому їжі в положенні сидячи. Функцію ендотелію (ФЕ) оцінювали на плечовій артерії (ПА) за допомогою сонографічного апарата «ULTIMARA». Усім пацієнтам призначали монотерапію АС «Ліпрімар» фірми Pfizer (США) у дозі 10-20 мг 1 раз на добу на тлі терапії еналаприлом та амлодипіном, яка до призначення АС забезпечувала досягнення нормального рівня артеріального тиску (АТ) менше 140/90 мм рт. ст., і лазолваном. При необхідності

можливо використання бронхолітика за вимогою. Усі обстеження проводили до та після 3-х місяців прийому терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Зміни показників ДМАТ на тлі прийому АС поєднувалися зі збільшенням приросту діаметру ПА з $0,38 \pm 0,03$ мм (8,2%) до $0,56 \pm 0,05$ мм (13,3%), $p < 0,05$. На тлі реактивної гіперемії збільшення приросту діаметра ПА відмічалась у всіх пацієнтів (80%, $p < 0,05$), які отримували АС. Прийом АС сприяв зменшенню ступеня дисфункції ендотелію, яка характеризує інтенсивність синтезу потужного ендотеліального фактора вазодилатації – оксиду азоту (NO), вміст якого достовірно зріс з $49,4 \pm 2,7$ до $58,9 \pm 2,5$ ммоль/л, $p < 0,05$ у більшості пацієнтів (73,3%). Прийом статинів ефективно нормалізував роботу ендотеліальної NO – синтази, яка здійснює непрямий протизапальний ефект на судинну стінку.

ПІДСУМОК

Включення АС до терапії у пацієнтів, хворих на ЕГ, у сполученні з ХОЗЛ сприяє нормалізації ФЕ, ендотеліального синтезу NO та покращенню добового ритму АТ.



УДК 616.381-002-073.27:577.115

**О.В. Бурдейна,
Л.М. Снісар**

ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ В ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ МЕТОДОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ

*ДУ «Інститут нефрології НАМН України»
вул. Дегтярівська, 17-В, Київ, 04050, Україна*

Метою нашого дослідження було встановити частоту та структуру порушень ліпідного обміну у хворих на хронічну хворобу нирок V Д стадії (ХХН V Д), які лікуються методом перитонеаль-

ного діалізу (ПД), та оцінити їх вплив на адекватність методу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проведено проспективне когортне обсерваційне дослідження за участю 40 ПД-пацієнтів, які лікувались постійним амбулаторним перитонеальним діалізом (ПАПД) не менше 3 місяців (медіана становила 40,4 [28,3-64] місяців) в умовах ДУ «Інститут нефрології НАМН України» з 2012 по 2017 роки. Серед обстежених було 27/40 (67,5%) чоловіків та 13/40 (13,5 %) жінок. Вік хворих коливався від 24 до 74 років та в середньому становив $49,3 \pm 12,7$.

Лікування ПАПД здійснювали, використовуючи Dianeal PD4 з концентрацією глюкози 1,36% і 2,27% у подвійних мішках «Твін Бег» 2,0 л (Baxter Healthcare Corporation, США).

Показники адекватності ПАПД оцінювали шляхом визначення концентрацій сечовини й креатиніну в плазмі, діалізаті та сечі, зібраних за добу; використовували біохімічний аналізатор «Flexor junior» (Нідерланди). За зазначеними показниками розраховували тижневий кліренс креатиніну (CrCl), який нормалізували до площі поверхні тіла, діалізний (dKt/V), ренальний (rKt/V) та загальний тижневий кліренс сечовини (Kt/V). Об'єм розподілення сечовини (V) розраховували за формулою Watson.

За допомогою автоматичного ферментативного аналізу (біохімічний аналізатор «Flexor junior», Нідерланди) в усіх пацієнтів визначали показники ліпідного спектра крові: загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів низької (ХС ЛПНЩ) і високої (ХС ЛПВЩ) щільності, тригліцериди (ТГ), розраховували показники холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛДНЩ) ($\text{ТГ} \times 2,22 / 5$) та індекс атерогенності (ІА) ($\text{ЗХС} - \text{ХС ЛПВЩ} / \text{ХС ЛПВЩ}$).

Для статистичного аналізу ми використовували t-критерій Стюдента, непараметричний (U-тест) рівняння кореляції Манна-Уїтні та Пірсона. Середні значення (М) і стандартне відхилення (SD) або медіани (Me) й інтерквартильний розмах [Q25; Q75] були розраховані відповідно до нормального розподілу. Всі статистичні аналізи виконувалися за допомогою MedCalc та «Statistica 10,0 для Windows».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дисліпідемію було діагностовано в 28/40 (70%) ПД-пацієнтів, причому рівні ХС ЛПНЩ і, відповідно, ІА достовірно залежали від тривалості лікування ПД. Вміст загального холестерину крові був достовірно вищим у пацієнтів із загальним тижневим $\text{Kt/V} = 1,7$ ($6,2$ [4,2-6,4] проти $4,9$ [4,1-5,5] ммоль/л, $p = 0,003$), тоді як рівень ХС ЛПВЩ мав прямий кореляційний зв'язок з Kt/V ($r = 0,4$; $p = 0,003$) та CrCl ($r = 0,52$; $p = 0,0001$). Аналіз впливу порушень ліпідного обміну на виживаність методики ПД продемонстрував достовірно вищу тривалість лікування ПД у пацієнтів з рівнем ІА крові $\leq 3,5$. Відношення шансів втрати техніки ПД у пацієнтів з $\text{ІА} > 3,5$ є утричі вищим: $3,1$ (95% ДІ 1,4-6,65).

ПІДСУМОК

Дисліпідемія у вигляді збільшення вмісту атерогенних фракцій ліпопротеїдів та пригнічення ХС ЛПВЩ визначається в 70% ПД-пацієнтів; вміст ХС ЛПНЩ і, відповідно, ІА достовірно залежить від тривалості лікування ПД. Отримані дані дозволяють розглядати дисліпідемію в ПД-хворих не тільки як традиційний фактор ризику кардіоваскулярних ускладнень, але і в якості предиктора зниження виживання методики ПД.



УДК 616.248-007.272-036.1:616.12-008.33:616.211-008.4

**Т.З. Буртняк,
В.Е. Хацько****ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАРАМЕТРІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
ТА ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ
В ПАЦІЄНТІВ З АГ У ПОЄДНАННІ З ХОЗЛ
ТА БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ***ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”
пл. 30-ти річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська обл. 50000, Україна*

Мета дослідження – порівняльна характеристика параметрів артеріального тиску (АТ) та функції зовнішнього дихання (ФЗД) у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ залежно від супутньої бронхіальної астми (БА).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

До дослідження увійшло 60 пацієнтів (35 чоловіків та 25 жінок), віком 53 [45–61] роки, які були розподілені на групи. До I групи (n=30) належали пацієнти з АГ та супутнім ХОЗЛ, до II групи (n=30) – з АГ та супутніми ХОЗЛ та БА. При проведенні дослідження користувалися нормативними значеннями АТ, які рекомендовані Європейським товариством кардіологів та Українською асоціацією кардіологів (2013). За тяжкістю ХОЗЛ пацієнтів розподілено на групи згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року та Керівництвом GOLD 2017. Тяжкість БА встановлена згідно з Наказом МОЗ України № 868 від 08.10.2013 року та рекомендаціями GINA 2017. Методи дослідження включали збір скарг та анамнезу, загальноклінічний огляд, реєстрацію ЕКГ та спірометрію, пікфлоуметрію, пульсоксиметрію. Аналіз та статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програми «Excel» (Microsoft Office 2010). Аналіз та статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою пакета статистичних програм Statistica 6.0. та парними кореляціями Пірсона.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження в I групі за рівнем ушкодження органів-мішеней АГ II ст. наявна в 29 осіб, III ст. – в 1 особи. АГ 2 ступеня виявлено в 25 осіб, 3 ст. – у 5 осіб. Клінічні групи ХОЗЛ: В – 19 осіб, С – 6 осіб, D – 5 осіб. У II групі за рівнем ураження органів-мішеней АГ II ст. виявлено у 18 осіб, III ст. – 12 осіб, АГ 2 ст. – 19 осіб, 3 ст. – 11 осіб. Клінічні групи

ХОЗЛ: В – 9 осіб, С – 21 осіб, D – 10 осіб. За ступенями тяжкості БА III ст. – 15 осіб та IV ст. – 15 осіб. Систолічний АТ у I групі – 151 [140 – 162] мм рт. ст., у II групі – 162 [145 – 180] мм рт. ст. Діастолічний АТ у I групі становив 90 [85 – 95] мм рт. ст., у II групі – 95 [90 – 100] мм рт. ст. ЧСС у I гр. – 78 [72 – 84] /хв., у II гр. – 82 [75 – 89] /хв. Таким чином, у II групі частіше спостерігається більш високий артеріальний тиск та частіше зустрічається ураження органів-мішеней, ніж у I групі, що зумовлено вираженим впливом гіпоксії. Крім того, тяжкість перебігу АГ у пацієнтів II групи більш виражена, ніж у I групі, оскільки пацієнти I групи скаржились на відчуття серцебиття, задишку при фізичному навантаженні, запаморочення та втомлюваність. Пацієнти II групи здебільшого відчували підвищене серцебиття, тяжкість та тиснучі болі за грудиною та в прекардіальній ділянці, задишку при побутових фізичних навантаженнях та інколи в спокої, появу задухи та швидкої втомлюваності. Таким чином, пацієнти II групи оцінювали свій стан як більш тяжкий, ніж пацієнти I групи. Показники ФЗД у I гр. – ОФВ1, 41% [29 – 54], ФЖЄЛ 55% [42 – 68], ОФВ1/ФЖЄЛ 0,61 [0,55 – 0,67]. У II гр. відповідно ОФВ1 39% [24 – 54], ФЖЄЛ 44% [31 – 58], ОФВ1/ФЖЄЛ 0,55 [0,49 – 0,60].

ВИСНОВКИ

1. У групі пацієнтів з АГ, ХОЗЛ та БА спостерігається більш високий артеріальний тиск та більш частіше ураження органів-мішеней, ніж у групі з АГ та ХОЗЛ, що зумовлено вираженим впливом гіпоксії.

2. Ступінь АГ має прямий кореляційний зв'язок (0,42) з вираженістю симптоматики АГ у I групі та прямий кореляційний зв'язок (0,45) між ступенем АГ, вираженістю симптоматики АГ та ступенем тяжкості ХОЗЛ та БА в II групі.



**В.В. Гапонов,
І.А. Теличко,
Н.В. Матешук,
Л.В. Юрченко,
І.В. Гапонов,
П.П. Ковальчук**

ДІАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
ДЦ «ЕСУ»
КЗ «ДШМКЛ»ДОР»
Дніпро, 49000, Україна*

Збільшення кількості хворих з ускладненнями дивертикулярної хвороби (ДХ) товстої кишки (ТК) супроводжується зростанням потреби в оперативних втручаннях із формуванням у 10 – 30% випадків колостом. Одним із шляхів покращення якості життя є рання діагностика ДХ ТК та її ускладнень.

Мета дослідження – проаналізувати діагностичні можливості додаткових методів діагностики ДХ ТК та її ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для діагностики ДХ ТК та її ускладнень вивчалися клінічні прояви патології, зміни в аналізах, використовувались ультразвукові (УЗД, апарати фірми Mindray та Siemens), рентгенологічні (апарат «РДК-РУМ-20» з приставкою TRIMAX), ендоскопічні (фіброколоноскопи фірми «Olympus Optical Corporation») методи. При труднощах проведення інструментальних методів дослідження ТК застосовували комп'ютерні технології, а саме: комп'ютерну томографію (КТ) з контрастуванням або віртуальну колоноскопію (ВКС, PHILIPS MX). У гострий період захворювання перевагу надавали УЗД, КТ органів черевної порожнини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед 26024 хворих, які лікувались протягом 5 років, ДХ діагностована в 1,18% (307 осіб). Переважали жінки віком понад 60 років. Використані рентгенологічні та ендоскопічні методи дослідження при ДХ дозволили ідентифікувати розташування та кількість дивертикулів, їх стан (перфорація, запалення, кровотеча), наявність нориці при проведенні фарбової проби, стеноз кишки. Трансабдомінальне УЗД застосовували при гострому дивертикуліті, товстокишкової кровотечі, при підозрі на наявність параколичних абсцесів та інфільтратів. Методика дозволяла диференціювати шари стінки кишки, виявляти

різні її потовщення, довжину ураження кишки дивертикулами, взаємовідношення патологічно зміненої ТК з іншими органами черевної порожнини. Для сонографічного виявлення параколичних абсцесів характерними були наявність капсули у вигляді гіперехогенного обідка з пухирцями газу, інколи рівнем рідини. При розвитку товстокишкової непрохідності виявлялися розширені петлі кишок вище перешкоди, наявність у них рідини, зниження перистальтики, гаустри у вигляді пристіночних структур підвищеної ехогенності. Трансабдомінальне УЗД дозволяло не тільки встановити діагноз, але й при наявності абсцесу провести лікувальні заходи – виконати черезшкірне його дренивання. При КТ, на відміну від ендоскопічних методик, виявляли зміни в просвіті кишки й позапросвітні ураження – явища перидивертикуліту, абсцеси, нориці. Для гострого перидивертикуліту були характерні інфільтрація параколичних жирових тканин, потовщення стінки кишки та формування абсцесів. Впровадження ВКС дозволило виявляти поліпи ТК невеликих розмірів. Перевагами ВКС були можливість застосування неінвазивної методики обстеження пацієнтів, яким протипоказана апаратна фіброколоноскопія (люди похилого віку, з тяжкими хворобами серця, стенозом просвіту кишечника тощо), а також швидкість проведення та безболісність.

Отримані дані інструментальних методів дослідження у всіх випадках оперативних втручань підтвердилися.

ПІДСУМОК

Застосування сучасних діагностичних методів обстеження хворих з ДХ ТК дозволяє спланувати лікувальну тактику та при необхідності - обсяг операції.

УДК 616.125-008.313:616.12-008.3

Т.Д. Данілевич**ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ
СЕРЦЕВОГО РИТМУ
ПРИ РІЗНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ ВАРІАНТАХ
ФІБРИЛЯЦІ ПЕРЕДСЕРДЬ***Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
вул. Пирогова, 56, Вінниця, 21000, Україна*

Мета – визначити особливості порушень серцевого ритму за даними холтеровського моніторингу ЕКГ (ХМ ЕКГ) при різних вегетативних варіантах фібриляції передсердь (ФП).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 146 пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії, ускладненої частими рецидивами ФП, віком від 37 до 86 (у середньому $61,2 \pm 0,7$) років. 68 (46,6%) обстежених були чоловіки і 78 (53,4%) – жінки відповідно, що демонструвало гендерну однорідність ($\chi^2=1,37$; $p=0,24$) основної групи хворих. Всі пацієнти проходили лікування й обстеження на базі КЗ Вінницького регіонального центру серцево-судинної патології впродовж 2015-2017 років.

Критерії включення: 1) ГХ II стадії; 2) пароксизмальна або персистуюча форма ФП з частими симптомними нападами аритмії (1 напад на 2 місяці і частіше). Критерії виключення: 1) ГХ I або III стадії та симптоматичні артеріальні гіпертензії (АГ); 2) верифікована ІХС; 3) рідкі напади ФП та наявність протипоказань до відновлення синусового ритму; 4) синдром слабкості синусового вузла, АВ-блокади II-III ступеня, імплантований або потреба в імплантації ШВР з різних причин; 5) тяжкі та клінічно значущі коморбідні стани. У 56 (38,4%) хворих перебіг аритмії мав характер пароксизмальної і в 90 (61,6%) – персистуючої форми відповідно, що демонструвало суттєву ($p<0,0001$) перевагу персистуючої форми ФП. У 31 (21,2%) пацієнта визначали вагусний, у 70 (47,9%) – адреналовий і в 45 (30,9%) – змішаний варіанти аритмії. Усім хворим проведено добове моніторування ЕКГ за допомогою системи DiaCard з програмним забезпеченням версії 2.1 (АТЗТ «Сольвейг», Україна).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з даними ХМ ЕКГ, ЧСС в активний період доби була значно вищою у групах з адреналовим та змішаним порівняно з вагусним варіантом ФП (89 та 93 відповідно проти 80, $p<0,04$). У групі з вагусним варіантом спостерігали суттєво нижчу ЧСС у нічний час (57

проти 62, $p=0,04$) порівняно з адреналовим варіантом аритмії, і суттєво нижчу середньодобову ЧСС (70 проти 76, $p=0,04$) порівняно зі змішаним варіантом ФП. Найвище значення циркадного індексу (ЦІ) спостерігалось в групі зі змішаним варіантом ФП (1,55 проти 1,45 і 1,37 відповідно, $p<0,05$). Крім того, ЦІ був достовірно вищим у пацієнтів з адреналовим порівняно з вагусним варіантом аритмії (1,45 проти 1,37, $p=0,02$). У групі зі змішаним варіантом аритмії спостерігалось достовірне збільшення загальної кількості суправентрикулярних екстрасистол (СЕ) (3128 проти 1950 і 1958 відповідно, $p<0,04$) та парної і групової СЕ упродовж доби порівняно з вагусною та адреналовою ФП (314 проти 89 і 87 відповідно, $p<0,04$).

У 25,8% пацієнтів з вагусним, у 32,9% - з адреналовим та в 42,2% - зі змішаним варіантом ФП впродовж доби реєструвались короткі безсимптомні епізоди суправентрикулярної пароксизмальної тахікардії (СВПТ). Найбільша добова кількість епізодів СВПТ спостерігалась у пацієнтів з вагусним порівняно з адреналовим та змішаним варіантами ФП (7 проти 4, $p<0,04$). Короткі безсимптомні епізоди ФП упродовж доби були зареєстровані в 41,9% пацієнтів з вагусною, 41,4% - з адреналовою і 57,8% - змішаним варіантом аритмії. Натомість добова кількість епізодів ФП була суттєво вищою в пацієнтів з адреналовим, на відміну від вагусного, варіантом аритмії (8 проти 3, $p=0,04$).

ВИСНОВКИ

1. При вагусному варіанті ФП реєструється суттєво нижча денна ЧСС і величина ЦІ та суттєво вища середньодобова кількість безсимптомних епізодів СВПТ.

2. При змішаному варіанті ФП визначали суттєво вищу величину ЦІ, добову кількість СЕ та епізодів парних і групових СЕ порівняно з іншими вегетативними варіантами аритмії.

3. При адреналовому варіанті ФП визначали суттєво вищу кількість коротких безсимптомних епізодів ФП порівняно з вагусним варіантом ФП.

*В.І. Діденко,
І.А. Кленіна*

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛЬНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ СИРОВАТКИ КРОВІ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета дослідження – порівняти склад вільних жирних кислот (ВЖК) сироватки крові в пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки (ХДЗП).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено в 73 пацієнтів на ХДЗП, які були розподілені на IV групи залежно від нозології: I – неалкогольна жирова хвороба печінки (38 хворих); II – хронічний гепатит, асоційований з вірусом «С» (15 хворих); III (15 хворих) – токсичний гепатит (алкогольного генезу); IV – токсичний гепатит (медикаментозного генезу) (5 хворих). Серед обстежених хворих були як жінки – 46%, так і чоловіки – 54%, середній вік яких становив $59,2 \pm 2,4$ року. Вміст ВЖК у сироватці крові було проведено з використанням апаратно-програмного комплексу для медичних досліджень на базі газового хроматографа «Хроматек-Кристалл 5000» з полум'яно-іонізаційним детектором і кварцевою капілярною колонкою «RESTEK» (США) довжиною 60 м, внутрішній діаметр 0,25 мм, нерухома фаза типу FFAP і товщиною плівки 0,25 мкм. Порівняння середніх значень перемінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента) за нормального розподілу даних ознак.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У спектрі ВЖК сироватки крові було ідентифіковано 22 фракції, серед яких насичені - міристинова (C14:0), пентодеканова (C15:0), пальмітинова (C16:0), стеаринова (C18:0) та ненасичені олеїнова (C18:1), лінолева (C18:3), арахідонова (C20:4). В усіх групах пацієнтів загальний вміст ВЖК був підвищений: I група – в 21,2 разу, до $5,53 \pm 0,97$ мкг/мкл ($p < 0,001$); II група – у 23 рази, до $5,98 \pm 3,10$ мкг/мкл ($p < 0,001$), III – у 83,8 разу, до $21,83 \pm 6,19$ мкг/мкл ($p < 0,01$); IV – у

12,7 разу до $3,33 \pm 0,02$ мкг/мкл порівняно з групою контролю ($0,26 \pm 0,09$ мкг/мкл). Виявлено підвищення рівня C16:0 на 22,2% ($p < 0,05$) у пацієнтів I групи та на 20,8% ($p < 0,05$) – у пацієнтів II групи. Виявлено вірогідне підвищення пальмітинової (C16:0) та олеїнової (C18:1) кислот у пацієнтів III групи та майже відсутність C20:4 у пацієнтів IV групи. При розрахунку коефіцієнтів співвідношення окремих жирних кислот (k_1 – співвідношення концентрацій стеаринової до олеїнової (C18:0/C18:1); k_2 – пальмітолеїнової до пальмітинової кислот (C16:1/C16:0)) було виявлено зниження k_1 у групах: I - в 1,4 разу; II – у 8,5 разу; III – у 18,0 разів, IV – у 30,0 разів; k_2 у групах: I – в 1,3 разу, II – в 8,3 разу, III – у 5,3 разу, IV – у 7,0 разів, що свідчить про зниження активності ферментів ліпооксигеназного шляху, які беруть участь у подовженні вуглеводного ланцюга та утворенні подвійного зв'язку в молекулі жирної кислоти.

ПІДСУМОК

У хворих на ХДЗП у ліпідному екстракті сироватки крові було виявлено підвищення вмісту ВЖК, що підтверджує гіпотезу про пролонговану ліпотоксичну дію цих кислот на печінку, різнонаправлені зміни окремих фракцій ВЖК, зниження/відсутність вмісту арахідонової жирної кислоти (C20:4) в мембранних структурах гепатоцитів свідчить про інтенсивне використання цієї фракції у вільнорадикальних реакціях та синтезі простогландинів. Запропоновані індекси співвідношення жирних кислот дозволяють охарактеризувати та встановити метаболічні шляхи розвитку та прогресування захворювання, а використання їх як маркерів відіграє важливу роль у диференційованому підході при встановленні нозологічних форм хронічних дифузних захворювань печінки.



УДК 616.3-036.1-031.81:616.12-008.334

**В.І. Діденко,
І.С. Коненко,
В.Б. Ягмур,
О.П. Петішко**

**ЖОРСТКІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ СТІНКИ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета – оцінити локальну жорсткість артеріальної стінки (ЖАС) сонних артерій у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) залежно від етіологічного фактора.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 56 хворих; за етіологічним фактором розподілені на 4 групи: 30 хворих у I групі з неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП), у II – із хронічним вірусним гепатитом C (ХГС) 8 хворих, III група пацієнтів з алкогольною хворобою печінки (АХП) налічувала 14 хворих та 4 хворих на токсичний гепатит (ТГ) у IV групі. Дослідження локальної жорсткості артеріальної стінки (ЖАС) проводили на ультразвуковому апараті експертного класу ULTIMA RA у режимі W-Track на 1,5 см проксимально біфуркації сонних артерій. Для оцінки жорстко-еластичних властивостей судинної стінки використовували виміри судини протягом серцевого циклу. Інформація про діаметр артерії отримувалася з даних про взаємне положення судинних стінок. У режимі W-Track напівавтоматично вимірювали параметри, рекомендовані європейським консенсусом експертів з жорсткості артерій, а саме: мінімальний діаметр судини за серцевий цикл (D) у мм, зміна діаметра

судини за серцевий цикл (delta D) у мм, індекс артеріального натягу (CAS), коефіцієнт комплаєнса просвіта артерії (CC) у мм²/кПа, індекс артеріальної жорсткості (SI), модуль еластичності (EM kPa), швидкість пульсової хвилі (PWM), індекс зростання або аугментації (AI).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження локальної ЖАС сонних артерій середні значення параметрів CAS, CC, SI, EM, PWM у хворих III групи достовірно відрізнялись від показників I та IV груп (p<0,05): достовірно підвищувалися індекси артеріальної жорсткості, зростала швидкість пульсової хвилі (p<0,05) та знижувалася еластичність судинної стінки (p<0,05). Це відображало погіршення пружно-еластичних властивостей сонних артерій.

ПІДСУМОК

У хворих з АХП показники жорстко-еластичних властивостей артеріальної стінки були вищими за дані інших груп. Алкогольний чинник розвитку ХДЗП призводить до погіршення механічних властивостей судинної стінки, що сприяє зростанню локальної жорсткості.



УДК 616.12-005.4:613.25:616.71-037-007.23

К.В. Іванова

**ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ РЕЗОРБЦІЇ
КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ
НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ
ТА ОЖИРІННЯ**

*Харківський національний медичний університет
пр. Науки, 4, Харків, 61000, Україна*

Низкою досліджень доведено, що перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС) можна розглядати

якості предиктора остеопорозу (ОП). У той же час, протективну роль у розвитку остеопенічних

станів має й надлишкова вага. Тобто можна припустити, що поєднання цих нозологій – ІХС та ожиріння - буде впливати на метаболічні зміни в кістковій тканині. Наведене припущення вивчено недостатньо, а наведені результати суперечливі, що й стало підґрунтям для проведення цього дослідження.

Мета – вивчити вміст показників метаболічних маркерів стану кісткової тканини – рівень оксипроліну та уронових кислот – у пацієнтів на ішемічну хворобу серця залежно від індексу маси тіла (ІМТ).

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 98 осіб на ІХС у віці 45-55 років (у тому числі 19 пацієнтів з нормальною вагою та 79 пацієнтів з ожирінням). Серед обстежених переважали жінки (54,8%); тривалість анамнезу становила від 2 до 7 років. Верифікація діагнозів ожиріння та ІХС здійснювалась на основі уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги «Ожиріння» та «Стабільна ішемічна хвороба серця» (ВООЗ, 1997; наказ МОЗ України №152 від 02.03.2016 відповідно). Індекс маси тіла розраховувався за формулою Кетле: маса (кг) / зріст (м²). До групи контролю увійшло 20 практично здорових людей, відповідних за статтю та віком. Усім пацієнтам визначали вміст оксипроліну та уронових кислот у добовій сечі. Статистична обробка проводилась за допомогою програмного пакета «Statistica 10.0» з використанням критеріїв Манна-Уїтні. Кількісні ознаки

описувались медіаною (Me), значеннями верхнього (UQ) і нижнього (LQ) квантилей вибірки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що рівень уронових кислот добової сечі хворих на ІХС з ожирінням дорівнював 8,00(6,9;9,8) мг/доб, тобто був достовірно вищим, ніж у хворих на ІХС з нормальною вагою – 6,45(5,5;7,7) мг/доб (p=0,00059). Показники уронових кислот пацієнтів на ІХС з нормальною вагою теж були більшими за референтні значення 6,45 (5,5;7,7) мг/доб та достовірно відрізнялися від групи контролю – 4,8 (3,7;5,5) мг/доб (p=0,0007). Вміст оксипроліну в добовій сечі хворих на ІХС з ожирінням становив 93 (68;110) мг/доб, тобто був значно вищим за референтні значення та достовірно відрізнявся від групи контролю – 34 (11;39) мг/доб (p=0,00019). Різниця показників оксипроліну у хворих на ІХС з ожирінням та нормальною вагою – 67 (63,78) мг/доб мала відмінності, але не була достовірною (p=0,059).

ПІДСУМОК

Перебіг ішемічної хвороби негативно впливає на резорбцію кісткової тканини, значно підвищуючи виведення уронових кислот та оксипроліну. Приєднання ожиріння посилює резорбтивні процеси, що сприяє формуванню остеопенічних станів. Це питання потребує подальшого вивчення та проведення аналізу всіх компонентів кісткового обміну у хворих на ІХС та ожиріння.



УДК 616.8-009.836.12:616.24-008.4

*Н.А. Івчина,
Л.І. Васильєва*

ПОШИРЕНІСТЬ АПНОЕ СНУ В ПАЦІЄНТІВ З АНОМАЛЬНОЮ СОНЛИВІСТЮ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Мета дослідження – дослідити поширеність синдрому апное сну в пацієнтів з аномальною сонливістю.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

73 пацієнти зі скаргами на часті пробудження уві сні, гучне хропіння, денну сонливість, які за

шкалою Epworth Sleepiness Scale (ESS) мали сумарну кількість більше 9 балів (аномальна сонливість).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед обстежених пацієнтів було 10 жінок та 63 чоловіки віком від 26 до 70 років, середній вік

пацієнтів становив $57,63 \pm 7,9$ року серед жінок та $52,6 \pm 13,7$ року серед чоловіків. Середня кількість балів за шкалою ESS становила $14 \pm 2,5$ серед жінок: 1 жінка мала 9 балів, що трактується як середній ступінь денної сонливості, 6 - мали кількість балів від 10 до 15, що можна відносити до денної сонливості вище норми. 3 пацієнтки мали дуже виражену денну сонливість (кількість балів за шкалою 16 та більше). Середній бал за шкалою ESS серед чоловіків $13,7 \pm 2,7$, а саме: 13 пацієнтів мали від 0-9 балів, 42 - мали від 10 до 15 балів та 8 пацієнтів - більше 16 балів. Індекс маси тіла (ІМТ) серед чоловіків становив $33,86 \pm 7,33$, серед жінок - $33,47 \pm 9,02$. 23 пацієнти (31,5%) на момент обстеження мали ішемічну хворобу серця, 4 пацієнти (5,48%) перенесли інфаркт міокарда, трьом з них було проведено стентування коронарних артерій. Гіпертонічна хвороба (ГХ) 2 ступеня була в 19 пацієнтів: 16 чоловіків (25,39 %) та 3 жінки (30%). 3 ступень ГХ у 7 пацієнтів: 4 жінки (40%) та 3 чоловіки (4,7%). 37 пацієнтів (50,7%) мали порушення ритму та провідності серця: у 12 пацієнтів (16,4%) фібриляція передсердь, у 7 пацієнтів (9,5%) пароксизмальні тахікардії, у 12 (16,4%) поодинокі шлуночкові (8,2%) та надшлуночкові екстрасистоли (8,2%), у 6 (8,2%) АВ блокади (5 пацієнтів - 2 ступеня, 1 пацієнт - 3 ступеня).

За даними кардіореспіраторного моніторингу: у 18 чоловіків (28,57%) синдром апное був відсутній. У 18 чоловіків (28,57%) була легка форма

апное (індекс апное/гіпопное (ІАГ) від 5 до 15 епіодів/годину), у 9 (14,28%) апное середнього ступеня тяжкості (ІАГ від 15 до 30 епіодів/годину), у 18 чоловіків (28,57%) - тяжка форма апное - $ІАГ \geq 30$ епіодів/годину. У 6 жінок виявлено середню (30%) та тяжку (30%) форму апное відповідно. У чоловіків ІАГ становив $23,03 \pm 24,9$ / годину, кількість респіраторних епіодів $149,28 \pm 173,47$, максимальна тривалість респіраторних епіодів $64,93 \pm 34,83$ секунди, сумарна тривалість респіраторних епіодів становила $4012,54 \pm 5622,33$ секунди. У групі жінок ІАГ становив $17,87 \pm 15,32$ / годину, кількість респіраторних епіодів $120,3 \pm 105,6$, максимальна тривалість респіраторних епіодів $68,6 \pm 38,5$ секунди, сумарна тривалість респіраторних епіодів становила $3452 \pm 3273,35$ секунди. Респіраторні епіоди (апное та гіпопное) супроводжувались значним зниженням сатурації (SpO_2). У групі чоловіків середнє значення SpO_2 становило $91,55 \pm 12,9\%$, мінімальне значення SpO_2 $72,8 \pm 11,3\%$. Серед жінок ці показники становили $92 \pm 6,9$ та $68,7 \pm 12,23\%$ відповідно.

ПІДСУМОК

Пацієнти з аномальною сонливістю за шкалою ESS у 44,5% випадків потребували лікування апное у вигляді створення постійного позитивного тиску в дихальних шляхах за допомогою CPAP - апаратів.



УДК 616.12-005.4:613.25-092:616-006-002.4:575.113

О.І. Кадикова

ВНЕСОК ПОЛІМОРФНОГО ЛОКУСУ G-308A ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН- α У РОЗВИТОК ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

*Харківський національний медичний університет
пр. Науки, 4, Харків, 61000, Україна*

Мета - оцінити внесок поліморфного локусу G-308A гена фактора некрозу пухлин- α у розвиток ожиріння у хворих на ішемічну хворобу серця.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

З метою дослідження проведено комплексне обстеження 222 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) й ожиріння. Дослідження алейного

поліморфізму G-308A гена фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех». Аналізували показники абсолютного ризику (АР;%), відносного ризику (ВР), відношення шансів (ВШ), з розрахунком довірчого інтервалу (ДІ) для ВР і ВШ, а також достовірності частотного розподілу за критерієм χ^2 з поправкою Мантеля-Хенцеля. Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6.0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розвиток ожиріння у хворих на ІХС був пов'язаний з алелем А (ВШ = 1,58, 95 % ДІ=[1,12–2,24], $\chi^2=6,9$; $p < 0,05$) і А/А генотипом (ВШ=2,34, 95% ДІ=[1,42–3,86], $\chi^2=11,3$; $p < 0,05$) поліморфного локусу G-308A гена ФНП- α , окрім того, отримані дані було підтверджено результатами кореляційного аналізу: алель А та генотип А/А мали вірогідні сильні кореляційні зв'язки з індексом маси тіла ($r=0,61$; $p < 0,05$) і ($r=0,67$; $p < 0,05$).

ПІДСУМОК

Таким чином, розвиток ожиріння у хворих на ІХС був пов'язаний з алелем А і А/А генотипом поліморфного локусу G-308A гена ФНП- α .



УДК 616.13-005-008.6-07-082

*І.Л. Караванська,
Л.Ю. Биковська,
А.Ю. Мірошніченко,
Н.С. Ображей,
Г.Д. Кирий*

ВИЯВЛЕННЯ ТА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ STEAL-СИНДРОМОМ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І.Мечникова»
пл. Соборна, 14, Дніпро, 49000, Україна*

Різниця між артеріальним тиском плечових артерій більше ніж 30 мм рт. ст. буває проявом стенозу підключичної артерії та часто використовується як попередній метод скринінгу для синдрому підключично-хребтового обкрадання (СПХО), або Steal-синдрому. СПХО – це причина хронічної вертебробазиллярної недостатності та ішемії верхніх кінцівок, яка розвивається внаслідок атеросклеротичної оклюзії або стенозу з редукцією діаметра понад 50% плече-головного стовбура або пригрітлого сегмента підключичної артерії (ПКА). Своєчасне встановлення та диференційна діагностика ва-

ріанта обструкції визначає тактику лікування та запобігає розвитку критичної ішемії головного мозку та верхніх кінцівок.

Мета дослідження – виявлення синдрому підключично-хребтового обкрадання при обстеженні хворих на АГ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Попередній скринінг проведено протягом 2017 р. при обстеженні пацієнтів з артеріальною гіпертензією в кабінеті вторинної профілактики ІХС, створеному на базі КЗ «Дніпровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова». Пацієнтам на АГ проводилося вимірювання

артеріального тиску (АТ) на обох верхніх кінцівках та пульсу в спокої. При виявленні різниці більше ніж 30 мм рт. ст. проводилося ультразвукове дослідження артерій верхніх кінцівок та магістральних артерій голови. При наявності стенозів пацієнта було проконсультувано лікарем-нейрохірургом у поліклініці з подальшим направленням до стаціонару для проведення церебральної ангіографії та ангіографії артерій верхніх кінцівок.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Остежено 7 пацієнтів: чоловіків – 5 (71,4%), жінок – 2 (28,5%), середній вік $60,57 \pm 6,5$ року. Найчастіше реєстрували скарги на головні болі та запаморочення – 5 (71,42%), на біль та слабкість у лівій руці – 4 (57,14%). За допомогою селективної ангіографії було виявлено 100% ураження лівої ПКА: у 3-х пацієнтів (42,85%) – субтотальний стеноз лівої ПКА; у 4-х (57,14%) – оклюзію лівої ПКА. Атеросклеротичне ураження виявлено в 4-х (57,14%) пацієнтів, також у 4-х пацієнтів (57,14%) було виявлено ураження внутрішньої сонної артерії (ВСА). З них в одного пацієнта – петлеутворення в обох ВСА. При наявності паталогічної звивистості ВСА та ате-

росклеротичного ураження ПКА (не тільки клінічно, але й ангіографічно) - відмічаються більш грубі порушення прохідності екстракраніальних артерій, які значною мірою зумовлюють порушення кровопостачання головного мозку. У 2-х пацієнтів (28,57%) виявлено стеноз лівої хребтової артерії. У пацієнтів з атеросклерозом встановлено поєднане ураження підключичних, хребтових та/або сонних артерій: поєднане стенотичне ураження ПКА та ВСА у 2-х пацієнтів (28,57%); поєднане стенотичне ураження ПКА, ВСА та хребтових артерій у 2-х пацієнтів (28,57%). У пацієнтів, які не мали ознак атеросклерозу (42,86%), відмічалось ізольоване ураження підключичної артерії.

ПІДСУМОК

Ураження лівої ПКА виявлено в 7 хворих на АГ. Гендерні особливості: у чоловіків частіше виявляється Steal-синдром, ніж у жінок. Через більшу вірогідність наявності атеросклерозу превалюють пацієнти у віці старше 50 років. Методом вибору лікування атеросклеротичного стенозу є балонна ангіопластика зі стентуванням або без нього.



УДК 616.34-002-036.1-053:577.115

*В.А. Карачинова,
М.В. Стойкевич*

СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ В ПАЦІЄНТІВ З ВІКОВИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Метою дослідження була оцінка стану ліпідного обміну в пацієнтів з віковими особливостями перебігу хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗЗК).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено в 40 пацієнтів з ХЗЗК, які за віковими ознаками були розподілені

на такі групи: I – пацієнти молодого віку ($n=29$, $32,03 \pm 1,33$) з НВК ($n=20$) та ХК ($n=9$), II – пацієнти середнього віку ($n=11$, $53,0 \pm 1,53$) з НВК ($n=7$) та ХК ($n=4$). Контрольну групи склали 20 практично здорових осіб. Для характеристики обміну ліпідів у сироватці крові наборами фірми «Согмау» (Польща) визначали загальний

холестерол (ЗХС), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни дуже низької щільності (ЛПДНЩ). Розраховували коефіцієнт атерогенності (КА). Порівняння середніх значень перемінних здійснювали за допомогою t-критерію Стьюдента за нормального розподілу даних, в інших випадках використовували непараметричний метод (U-критерій Манна-Уїтні).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Біохімічне дослідження показників ліпідного обміну показало вірогідне зниження вмісту ТГ у сироватці крові пацієнтів молодого віку з ХЗК в 1,4 разу ($0,82 \pm 0,10$ проти $1,15 \pm 0,12$ ммоль/л, $p < 0,05$) та в пацієнтів середнього віку з ХК в 1,7 разу ($0,68 \pm 0,15$ проти $1,15 \pm 0,12$ ммоль/л, $p < 0,05$) на тлі загальної тенденції до зниження вмісту ТГ в обох вікових групах відносно контролю. Зниження рівня ТГ у крові може опосередковано свідчити про порушення структури клітинних мембран та про порушення всмоктування цих жирів у тонкому кишечнику. У пацієнтів молодого віку з НВК визначено вірогідне зниження вмісту ЗХС в 1,3 разу ($3,99 \pm 0,13$ проти $5,20 \pm 0,60$ ммоль/л, $p < 0,05$) відносно контролю. У пацієнтів цієї ж вікової групи з ХК визначалася тенденція до зниження вмісту ЗХС. Це, ймовірно, сприяє порушенню цілісності клітинних мембран, що може призвести до зростання їх проникності. Виражена тенденція до зниження рівня ЛПВЩ спостерігалася в чоловіків та жінок середнього віку, на відміну від пацієнтів молодого віку. Зниження рівня ЛПВЩ свідчить про порушення транспортування над-

лишку ліпідів з крові в печінку. Визначалася тенденція до зростання вмісту ЛПНЩ, які відіграють головну роль в утворенні атеросклеротичних бляшок, у пацієнтів середнього віку, тоді як у пацієнтів молодого віку вміст цього показника мав тенденцію до зниження. Спостерігалася вірогідне зниження вмісту ЛПДНЩ у пацієнтів середнього віку з ХК у 2,1 разу ($0,31 \pm 0,05$ проти $0,65 \pm 0,14$ ммоль/л, $p < 0,05$) відносно контролю. Загалом, вміст ЛПДНЩ знижувався в пацієнтів як середнього, так і молодого віку. ЛПДНЩ переносять у 5-10 разів більше ТГ, ніж складних ефірів холестеролу. Ризик розвитку атеросклерозу зростає при підвищеному вмісті ЛПДНЩ і ЛПНЩ у крові, а також при зниженому вмісті ЛПВЩ. КА вірогідно знижувався в пацієнтів молодого віку ($1,91 \pm 0,12$; $1,85 \pm 0,14$; $2,04 \pm 0,21$ проти $2,55 \pm 0,09$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ та $p < 0,05$ відповідно для ХЗК, НВК та ХК) відносно контролю. У пацієнтів середнього віку спостерігалася тенденція до підвищення КА, особливо в пацієнтів з НВК. КА дозволяє з високою точністю прогнозувати ризик розвитку атеросклерозу. Висока атерогенність визначається наявністю фракції ЛПНЩ. Фракція ЛПВЩ є антиатерогенною.

ПІДСУМОК

Визначено вірогідне зниження вмісту ТГ у пацієнтів молодого віку в загальній групі ХЗК та в пацієнтів середнього віку з ХК. Паралельно відбувалося зниження вмісту ЗХС у пацієнтів молодого віку з НВК та тенденція до зниження вмісту цього показника в крові цих пацієнтів з ХК порівняно з контролем. Визначена тенденція до зростання КА у пацієнтів середнього віку.



УДК 616.12-008.331.1:57.018.8:616.12-008.334-053

**Т.В. Колесник,
А.В. Надюк,
Г.А. Косова**

**ПРУЖНО-ЕЛАСТИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ
АРТЕРІАЛЬНОЇ СТІНКИ
У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ
ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua

Мета – визначити особливості пружно-еластичних властивостей артеріальної стінки серед хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) залежно від віку та індексу маси тіла (ІМТ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було обстежено 132 пацієнти (23 жінки та 109 чоловіків) з есенціальною АГ II стадії, які були розподілені згідно з віковою класифікацією ВООЗ 2012 року на три групи: I група - 47 пацієнтів молодого віку, II - 50 осіб середнього віку, III - 35 осіб похилого віку.

Середній вік по групам становив: 38,00 (35,00; 41,00) років, 53,00 (50,00; 57,00) роки та 66,00 (62,00; 68,00) років у I, II та III групах відповідно. Всі групи достовірно відрізнялись за віком ($p < 0,05$). За ступенем підвищення артеріального тиску (в I групі - 145,5/89,5(135/80; 162/101) мм рт. ст., у II групі - 151/95 (136/84; 163/102) мм рт. ст. та в III групі - 153/95,5 (140/86; 172/100) мм рт. ст.) групи вірогідно не відрізнялись ($p > 0,05$). Тривалість АГ становила 5,00 (2,00; 13,00); 9,00 (4,00; 13,00) та 13,00 (10,00;

16,00) років у I, II та III групах відповідно та була достовірно більшою в III групі порівняно з групами I та II ($p < 0,05$). Встановлено, що в I групі ІМТ становив 29,98 (26,88; 33,95) кг/м², у II - 32,07 (28,63; 35,98) кг/м² та був більше, ніж у III - 25,58 (27,34; 30,58) кг/м² ($p < 0,05$).

Стадія та ступінь АГ встановлені згідно з рекомендаціями з діагностики та лікування АГ (Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 і рекомендації ЄТГ/ЄТК 2013 р.). Показники пружно-еластичних властивостей артеріальної стінки (швидкість розповсюдження пульсової хвилі в аорті (ШРПХ), час повернення пульсової хвилі (RT) та індекс аугментації (ІА)) визначали за допомогою артеріографа Tensioclinic (TensioMed, Угорщина). Величини представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розподілу даних (25%;75%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Характеристики пружно-еластичних властивостей артеріальної стінки представлені в таблиці.

| Показник | I група, молодий вік, n=47 | II група, середній вік, n=50 | III група, похилий вік, n=35 |
|-----------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ІА, % | -46,25 (-59,60; -28,60) \$* | -9,25 (-33,90; 21,20) | 8,7 (-22,7; 35,60) |
| ШРПХ, м/с | 10,00 (8,20; 10,50) \$* | 10,20 (9,30; 11,50) & | 11,10 (10,00; 12,10) |
| RT, мсек | 117,50 (108,00; 134,00) \$* | 104,50(97,00; 121,00) | 100,00 (92,00; 111,00) |

Примітки: * - $p < 0,05$ поміж групами I та II, \$ - $p < 0,05$ поміж групами I та III, & - $p < 0,05$ поміж групами II та III.

Величини ШРПХ та ІА зростали разом з віком. Виявлено, що в пацієнтів похилого віку ШРПХ була вірогідно вище на 11%, аніж у хворих молодого віку ($p < 0,05$), та на 8,11%, ніж у пацієнтів середнього віку. Патологічне підвищення ШРПХ (> 10 м/с) частіше реєструвалось серед пацієнтів I групи – 77,14%, порівняно з 62,00% у II групі та 51,06% у III групі. З метою більш точної діагностики ураження судинної стінки, як органа-мішені, було проведено аналіз

величини ШРПХ згідно з референтними значеннями, скоригованими за віком та ступенем АГ (Arterial Stiffness' Collaboration, 2010). У I групі частка пацієнтів із підвищенням ШРПХ збільшилась до 93,62 %, у II групі 86,0 % осіб мали збільшення ШРПХ вище вікової норми, а в III групі – 80,00%.

Значення ІА зростало з віком і відповідало нормі тільки у хворих I групи. Встановлено, що у хворих молодого віку ІА був у 6,31 разу нижче,

аніж в осіб похилого ($p < 0,05$) і в 5 разів – аніж у пацієнтів середнього віку ($p < 0,05$).

Величина RT також відображає жорсткість аорти (в нормі - не менше 124 мс), і чим вона менша, тим вище судинна жорсткість. Серед усіх груп найменшим RT був у осіб похилого віку ($p < 0,05$). Серед обстежених хворих у I групі нормальний рівень RT виявлено в 17 (48,57%) хворих, у II групі – в 11 осіб (22,00%), у III групі RT був прискорений у всіх пацієнтів.

При проведенні кореляційного аналізу вік пацієнтів у групі молодих хворих був асоційований прямим зв'язком з ІА ($r = 0,40$) та зворотнім - з рівнем RT ($r = -0,36; p < 0,05$).

Тривалість АГ була асоційована зі ШРПХ у пацієнтів III групи ($r = +0,33; p < 0,05$). Серед

пацієнтів молодого віку підвищення ІМТ асоціювалось з більшою тривалістю АГ ($r = +0,32; p < 0,05$) та перевищенням вікової норми ШРПХ ($r = +0,35; p < 0,05$).

ПІДСУМОК

Результати дослідження показали, що для раннього виявлення у хворих на АГ ознак субклінічного ураження судин як органа – мішені, особливо серед пацієнтів молодого віку, слід враховувати не тільки патологічний рівень підвищення ШРПХ, але й віковий діапазон норми ШРПХ. Саме серед пацієнтів молодого віку підвищення ІМТ негативно позначається на підвищенні ШРПХ за віковою нормою.



УДК 616.34-008.1-036.8:616.33-006-036.4

*І.В. Кушніренко,
О.В. Сімонова,
О.П. Петішко*

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ ЗМІНАМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета – дати характеристику клінічних проявів гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) у зіставленні з макроскопічними змінами дистального відділу стравоходу у хворих із передраковими змінами слизової оболонки (СО) шлунка.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

До обстеження залучено 79 хворих, які за результатами морфологічного дослідження розподілені на три групи: 1 група – атрофічні зміни СО шлунка – 10 осіб; 2 група – (КМ) в антральному відділі (АВ) шлунка – 19 пацієнтів; 3 група – тотальна КМ – 39 хворих, 4 група – хворі з дисплазією СО шлунка – 11 осіб. Для оцінки клінічної картини виділені симптоми, характерні для ГЕР, з оцінкою кожного за 5-бальною шкалою Лайкерта. Макроскопічний стан СО езофагогастроуденальної зони вивчено за допо-

могою езофагогастроуденоскопії за загальноприйнятою методикою з використанням відеоендоскопічної системи EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія). Ступінь запалення в стравоході оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією 1998 р.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У цілому прояви симптомокомплексу ГЕР були характерними для майже 90,0% хворих 2-ї, 3-ї та 4-ї груп та для всіх хворих 1-ї групи. Виділення симптомів, які характеризують прояви ГЕР, показало, що середній бал інтенсивності таких симптомів відрізнявся в групах відносно скарг на відчуття кислоти в роті та охриплості голосу, а домінуючими симптомами у хворих усіх груп були гіркота в роті та наявність печії, причому інтенсивність скарги на печію у хворих

групи з диспластичними змінами в СО шлунка була в 2,2 разу вищою порівняно з хворими з КМ у АВ шлунка ($p < 0,05$). Макроскопічні зміни кардіоезофагеальної зони в обстежених хворих продемонстрували наявність ознак рефлюкс-езофагіту в 10,0% ($n=1$), 45,0% ($n=9$), 23,1% ($n=9$), 27,3% ($n=3$) пацієнтів 1-ї, 2-ї, 3-ї та 4-ї груп відповідно. Ознаки циліндроклітинної метаплазії дистального відділу стравоходу – у 10,0% ($n=2$), 7,7% ($n=3$), 27,3% ($n=3$) хворих 2-ї, 3-ї та 4-ї груп відповідно, тобто з перебудовними змінами, а у хворих з атрофією – у жодного. Кореляційний аналіз показав наявність прямого зв'язку інтенсивності печії з ознаками циліндроклітинної метаплазії ($r=0,342$; $p=0,006$). Також виявлений

кореляційний зв'язок циліндроклітинної метаплазії (CLE) з наявністю диспластичних змін у шлунку за даними ендоскопії з високороздільною здатністю ($r=0,322$; $p=0,004$) та з площиною КМ у куті шлунка по малій кривизні ($r=0,242$; $p=0,032$), та ступеня рефлюкс-езофагіту з наявністю КМ у АВ шлунка по малій кривизні ($r=0,225$; $p=0,047$).

ПІДСУМОК

У пацієнтів з диспластичними змінами в СО шлунка збільшення інтенсивності печії асоціюється зі збільшенням частоти виявлення циліндроклітинної метаплазії, що потребує подальшого вивчення причин цієї асоціації.



УДК 616.1-084:616.13-073.432.19

*О.М. Лазаренко,
Г.П. Кузьміна*

ВАЖЛИВІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ ІНТИМА-МЕДІА ДЛЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

пл. 30-ти річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська обл. 50000, Україна

Незважаючи на існуючі методи профілактики, рівень захворюваності на серцево-судинні захворювання залишається високим, а первинне виявлення атеросклерозу відбувається в період розвитку кардіоваскулярних ускладнень (Максимов А.В. та ін., 2014). Згідно з рекомендаціями Американської асоціації серця, товщина комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії (ТКІМ ЗСА) відіграє важливе значення в первинній профілактиці серцево-судинних ускладнень (Greenland P. et al., 2000). Збільшення ТКІМ ЗСА при динамічному спостереженні навіть на 0,1 мм збільшує ризик ураження коронарних судин і розвитку інфаркту міокарда на 11% (Eleid M. F. et al., 2010).

Мета дослідження – оцінити товщину комплексу інтима-медіа в пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та у хворих з АГ в поєднанні з подагрою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідженні взяли участь 50 пацієнтів, які були розподілені на три групи. Вік хворих становив від 40 до 66 років. До першої групи увійшло 20 пацієнтів з АГ II стадії і 2 ступеня. Другу групу склали 20 пацієнтів з АГ II стадії і 2 ступеня в поєднанні з подагрою. До третьої групи (контрольної) увійшло 10 практично здорових пацієнтів. Діагноз подагри встановлювався згідно з критеріями Американського коледжу ревматології (ACR) та Європейської протиревматичної ліги (EULAR) 2015 р. Діагноз АГ встановлювався відповідно до наказу МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р., згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів і клінічними рекомендаціями Європейської асоціації гіпертензії та Європейської асоціації кардіологів (2016 року). Клінічні та анамнестичні дані були отримані при опитуванні хворих, аналізі попередньої

медичної документації, виконанні загальноклінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Проводилося ультразвукове дослідження з визначенням ТКІМ ЗСА. Маркером наявності субклінічного атеросклерозу був розмір ТКІМ більше 0,9 мм. Також вивчали структуру атеросклеротичної бляшки і ступінь стенозу судин. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Excel-2010 та пакета прикладних програм STATISTICA 6.1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлено статистично достовірну різницю ($p < 0,05$) при оцінці ТКІМ між I та II групами, а також між I, II та III групами. Крім того, збільшення ТКІМ ЗСА було зареєстровано в половині пацієнтів I та II групи, а в іншій половині хворих виявлені атеросклеротичні бляшки. Навіть у деяких пацієнтів групи контролю спостерігалось підвищення ехогенності ТКІМ, що може бути ранньою ознакою атеросклерозу.

Зареєстровано гіперехогенну, гіпоехогенну, гетерогенну структуру атеросклеротичних бляшок у пацієнтів. Концентрація С-реактивного протеїну позитивно корелювала з ТКІМ ЗСА ($p < 0,05$). Таким чином, більше ніж у половині хворих, які не мають клінічних ознак атеросклерозу, при дуплексному скануванні сонних артерій були виявлені ознаки атеросклеротичного ураження.

ПІДСУМОК

У пацієнтів з АГ у поєднанні з подагрою виявлено статистично достовірну різницю ТКІМ ($p < 0,05$) порівняно з пацієнтами з АГ. Поєднання АГ з подагрою призводить до достовірно вищого потовщення комплексу інтима-медіа порівняно з пацієнтами без подагри. ТКІМ ЗСА достовірно корелює з рівнем С-реактивного протеїну. Визначення ТКІМ має практичне значення для первинної профілактики серцево-судинних подій.



УДК 616.12-009.72-008.818-036-053

І.В. Лукашевич

ДЕЯКІ ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»
Театральна пл., 2, Чернівці, 58002, Україна*

Метою нашого дослідження було порівняльне вивчення клініко-функціональних особливостей стабільної стенокардії напруги в чоловіків і жінок шляхом ретроспективного аналізу перебігу захворювання у хворих різної статі. Нами проаналізовано особливості перебігу стабільної стенокардії напруги в 20 пацієнтів (10 чоловіків і 10 жінок) кардіологічного відділення КМУ МКЛ № 3 м. Чернівці. Для уніфікації результатів дослідження була розроблена анкета, що включала розділи: вік, професія, тривалість захворювання, характер ангінального болю, чинники ризику (куріння, АГ, ожиріння, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, алкоголь, генетичний анамнез,

частота стресів, психологічний фон, гінекологічний анамнез), зміни, виявлені на ЕКГ та ЕхоКГ.

У 6 з 10 жінок виявлена стенокардія напруги II функціонального класу (ФК), у 4 – III ФК. Вік жінок коливався від 55 до 90 років ($70,6 \pm 3,2$). У 5 з 10 чоловіків виявлена стенокардія III ФК, у 5 – II ФК. Вік чоловіків коливався від 57 до 80 років ($65,8 \pm 4,1$). У 50% чоловіків тривалість захворювання була не більше 5 років, у 70% жінок – більше 6 років.

При аналізі больового синдрому виявлено, що в жінок переважають атипові форми ангінозного болю (8 з 10 пацієнток), тоді як у чоловіків

больові відчуття мали типовий ангінозний характер. У 90% жінок та 80% чоловіків в анамнезі була гіпертонічна хвороба. При оцінці ІМТ ожиріння I ступеня виявлено в 40% жінок і 10% чоловіків, ожиріння II ступеня – у 10% жінок. Порушення ліпідного обміну мало місце в 100% обстежених жінок і 70% чоловіків. Обтяжений сімейний анамнез та цукровий діабет частіше зустрічався в жінок. Частота стресових ситуацій була вищою в жінок (8 з 10 опитаних), у чоловіків відношення до цього критерію 5 до 5. У той же час 80% чоловіків зазначили, що вони досить стримані, а 20% – емоційно нестабільні. У жінок відсоток емоційно нестабільних становив 70%. Пацієнти в обох групах заперечували тютюнопаління та зловживання алкоголем. При

аналізі даних ЕКГ у чоловіків частіше виявлялися ознаки ішемії міокарда (у 60%), порушення провідності (у 40%) та рубцеві зміни (у 30%). У жінок частіше виявлялися ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (у 60%). Зміни ЕхоКГ були більш виражені в жінок і проявлялися гіпертрофією лівого шлуночка та ураженням клапанного апарату. Фракція викиду в обох групах пацієнтів суттєво не відрізнялася.

Таким чином, результати нашого дослідження свідчать про необхідність гендерного підходу до оцінки параклінічних показників перебігу стабільної стенокардії напруги, що значно збільшить вірогідність вчасної постановки діагнозу та призначення необхідного лікування.



УДК 616-008.6:577.125:577.115.7

І.В. Лукашевич

ВПЛИВ ω -3-ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДОГРАМИ В ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»
Театральна пл., 2, Чернівці, 58002, Україна*

В Україні понад 30% людей мають надлишкову масу тіла і 25% страждають на ожиріння та метаболічний синдром. Частота виявлення артеріальної гіпертензії (АГ) зростає пропорційно надлишковій масі тіла. АГ вважають найбільш частим компонентом метаболічного синдрому, який зустрічається практично у 85% випадків, супроводжується порушенням ліпідного спектра крові.

Нами проведена оцінка ефективності лікування хворих на АГ при ожирінні з додаванням до базової терапії ω -3- поліненасичених жирних кислот (ПНЖК). Було обстежено 23 хворих на АГ з ожирінням, 20 – з оптимальною масою тіла та 10 практично здорових осіб, зіставних за віком

і статтю. При обстеженні хворих використано клінічні методи дослідження: опитування, фізикальний огляд, антропометричні виміри та лабораторні обстеження. У крові визначили рівні холестеролу, тригліцеридів, ліпопротеїдів високої та низької щільності за допомогою біохімічного аналізатора.

Лікування проводили всім хворим, розподіливши їх на основну групу (27 осіб) та групу порівняння (26 хворих), з розрахунку, щоб в обох підгрупах була однакова кількість пацієнтів з оптимальною масою тіла та ожирінням, а також щоб розподіл був рівномірним за віковим та статевим складом. Пацієнтам основної групи призначали комплексне стандартне лікування

АГ. В основній групі додатково використовували ω -3 ПНЖК.

У пацієнтів групи порівняння наприкінці стандартного курсу лікування виявлено достовірне ($p < 0,05$) і значне покращення усіх досліджуваних показників ліпідограми, що вказувало на ефективність стандартної схеми лікування. Так, рівень загального холестерину зменшився з $5,77 \pm 0,41$ до $4,9 \pm 0,56$ ммоль/л ($p < 0,05$). При застосуванні ω -3-ПНЖК показники загального холестеролу достовірно зменшились до $4,42 \pm 0,50$ ммоль/л. Таку ж позитивну динаміку спостерігали щодо рівня холестерину ЛПВЩ: він виріс на 20,5% в основній групі і на 13,0% - у

групі порівняння. Рівень ЛПНЩ і ЛПДНЩ у динаміці лікування в обох групах змінювався в бік тенденції до нормалізації показника. Концентрація тригліцеридів у крові хворих на АГ при ожирінні в динаміці лікування поверталася до меж нормальних значень; при цьому їх зменшення становило 28,7% в основній групі і 19,4% – у групі порівняння ($p < 0,05$).

Таким чином, комплексна терапія хворих з АГ при ожирінні із включенням ω -3-ПНЖК позитивно впливає на клінічний перебіг АГ, контролюючи перебіг атерогенної дисліпідемії та зменшуючи вираженість гіпертригліцеридемії.



УДК 547.962.6:616-97.001.11

**С.В. Маргітїч,
Д.М. Максаков,
О.А. Гавва,
Є.В. Філіпова,
А.С. Карп**

ПРАКТИКА ВИЗНАЧЕННЯ АНТИГЛІАГІНОВИХ АНТИТІЛ ПРИ ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І.Мечникова»
пл. Соборна, 14, Дніпро, 49000, Україна*

На тлі розповсюдження алергічних реакцій, які викликаються продуктами харчування, діагностика глютензалежності з кожним роком стає більш актуальною.

Мета – обґрунтування актуальності проведення комплексної діагностики глютензалежних захворювань.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В умовах відділення алергології спільно з кафедрою внутрішньої медицини 2 і клінічною лабораторією обстежено 30 пацієнтів (16 жінок і 14 чоловіків у віці 18-45 років) з клінічними проявами кропив'янки, дерматиту, ураженням шлунково-кишкового тракту, астено-невротичним синдромом.

Пацієнтам проводилася така діагностична програма: загальний аналіз крові, коагулограма,

ревматокомплекс, печінково-нирковий комплекс, загальний аналіз сечі, копроцитограма, кал на дисбактеріоз, дослідження на гельмінти й найпростіші; генотипування HLA-DQ2 / DQ8; сероімунологічне тестування - визначення титрів антитіл до гліадину IgA, IgG (АГА IgA / IgG), тканинної трансглутаминази IgA, IgG (anti-tTG-IgA / IgG) і ендомізіуму IgA, IgG (ЕМА IgA / IgG); визначення загального IgE і специфічного IgE до пшениці, жита, ячменю. Фіброгастродуоденоскопію (ФГДС) з біопсією слизової залуковичного відділу дванадцятипалої кишки виконувалася пацієнтам з позитивними результатами сероімунологічного тестування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Носіїв HLA-DQ2 / DQ8 не виявлено, що вказує на целіакію. У всіх виявлені підвищені

титри АГА IgA / IgG, високий рівень загального IgE - 16, специфічний IgE підвищений до пшениці - 8, жита - 3, ячменю - 2, що свідчить про наявність харчової алергії на білки злакових.

У 17-ти пацієнтів підвищені anti-tTG-IgA / IgG, за даними біопсії є атрофія слизової оболонки з гіперплазією крипти, ознаки запальної інфільтрації слизової оболонки, що підтверджують непереносимість глютену без целиакії.

ПІДСУМОК

Визначення антигліагінових антитіл у крові дозволяє запідозрити наявність глютензалежних захворювань, а подальше проведення комплексної діагностики – встановити точний діагноз харчової алергії на білки злакових, целиакію, непереносимість глютену без целиакії.



УДК 616-021.5-085-036.8:615.218

**С.В. Маргітіч,
Д.М. Максаков,
О.А. Гавва,
Є.В. Філіпова,
І.Л. Караванська,
К.С. Карп**

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИЛЕЙКОТРИЄНОВИХ ПРЕПАРАТІВ У ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»
пл. Соборна, 14, Дніпро, 49000, Україна
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Застосування антилейкотрієнових препаратів «Монтулар» дає позитивні результати в комплексній терапії алергічної патології.

Мета – довести ефективність препарату «Монтулар» у комплексній терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В алергологічному відділенні ОКЛІМ сумісно з кафедрою внутрішньої медицини 2 ДЗ «ДМА» за період з 8.06.2017 по 27.12.2017 було обстежено 64 пацієнти (41 чоловік та 23 жінки у віці від 27 до 58 років) з клінічними діагнозами: бронхіальна астма, поліноз, набряк Квінке, дерматит.

Пацієнтів було розподілено на 2 групи: контрольна та основна. У контрольній групі комплексна терапія проводилась без антилейкотрієнового препарату «Монтулар». Було порівняно на день госпіталізації такі лабораторні показники: спірографічні, IgE крові загальний,

кількість еозинофілів у крові та мокротинні; клінічні: частота нападів ядухи, кашлю, вираженість задухи, набряків, висипів на шкіряних покровах – з тими ж показниками через місяць.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В основній групі на тлі прийому Монтулару при проведенні однакової базової терапії значно зменшились напади ядухи; задуха, кашель, вираженість та розповсюдженість набряків та висипів; покращились показники лабораторних досліджень. Окрім того, з'явилась можливість зменшити дози топічних глюкокортикоїдів у 67% пацієнтів.

ПІДСУМОК

Застосування антилейкотрієнових препаратів достовірно підтверджує ефективність цієї групи медикаментів у комплексній терапії алергологічної патології.



О.С. Митрохіна

СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ НИРОК ПРИ ПЕРВИННОМУ ЗВЕРНЕННІ ЗА СТАЦІОНАРНОЮ ДОПОМОГОЮ У ВІКОВОМУ ТА ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Поширеність гіпотиреозу серед населення постійно збільшується. У загальній структурі клінічних проявів дисфункцій щитоподібної залози патологія серцево-судинної системи посідає провідне місце, становить 80%. У пацієнтів, особливо в старших вікових групах, нерідко зустрічається поєднана тиреоїдна і кардіальна патологія. Серед численних проявів гіпотиреозу недостатньо вивченим залишається ураження нирок. Закономірно виникає питання про необхідність проведення скринінгу гіпотиреозу.

Мета дослідження – оцінити стан щитоподібної залози у хворих із серцево-судинною патологією та порушенням функції нирок при первинному зверненні за стаціонарною допомогою у віковому та гендерному аспекті.

Проведено одномоментний ретроспективний аналіз історій хвороб 118 пацієнтів, які знаходились на лікуванні в кардіологічному та нефрологічному відділеннях у віці від 19 до 88 років (середній вік – $57,83 \pm 1,38$ року), яким проводилось радіоімунологічне дослідження гормонів щитоподібної залози (тиреотропного гормона (ТТГ)). Чоловіки склали 30 осіб (25,42%), жінки – 88 (74,58%). Всім хворим визначали рівень креатиніну і проводили розрахунок швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ.

Залежно від профілю, пацієнтів розподілено на дві групи: першу групу склали 79 хворих

(66,95%) кардіологічного профілю, другу – 39 (33,05%) нефрологічного. Кількість хворих зі збільшеним рівнем ТТГ на 56,57% була вища в першій групі, ніж у другій. Порівняно з 2 групою відсоток жінок був вищим (на 50,91% відповідно). При проведенні аналізу залежно від статі та віку встановлено, що підвищений рівень ТТГ спостерігався в 24,78% чоловіків та 75,22% жінок. Пацієнти з підвищеним рівнем ТТГ були розподілені за віком на чотири групи: перша група – хворі у віці молодше 45 років, друга – 45-59 років, третя – 60-74 роки та четверта – старше 75 років. Частіше підвищений рівень ТТГ спостерігався серед хворих третьої групи (44 пацієнти (40,36%)). При цьому найменшу кількість хворих виявлено в четвертій групі – 13 (11,92%), що на 70% менше порівняно з хворими третьої групи. Тяжкі випадки гіпотиреозу (згідно з рівнем ТТГ) частіше спостерігались серед хворих нефрологічного профілю (у 45,45% випадків). Значну перевагу кількості кардіологічних та нефрологічних пацієнтів (57,89% та 60,60% відповідно) виявлено при рівні ТТГ від 4 до 6 мМО/л.

Отримані дані свідчать про необхідність ранньої діагностики функції щитоподібної залози для можливості зменшення ризику розвитку фатальних подій серед кардіологічних та нефрологічних хворих.



УДК 616.12-005.4:616.71:57.018.5/.8:611-018.74:612.6-055.2

**Н.С. Михайловська,
І.О. Стецюк****ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ
ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО
ФАКТОРА РОСТУ ЗІ СТАНОМ
МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ
КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ЖІНОК,
ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ,
ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА***Запорізький державний медичний університет
пр. Маяковського, 26, Запоріжжя, 69000, Україна*

Існують дані стосовно впливу васкулоендо-теліального фактора росту (ВЕФР) на стан кісткового ремоделювання у здорових людей. Проте коливання його рівня та взаємозв'язок зі станом мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та ожиріння вивчено недостатньо.

Мета – дослідити взаємозв'язок рівня васкулоендо-теліального фактора росту з показниками МЩКТ у жінок, хворих на ІХС, залежно від наявності ожиріння.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

До відкритого проспективного дослідження в паралельних групах залучено 100 жінок з діагнозом ІХС: стенокардія напруги II-III ФК (середній вік $64,59 \pm 1,02$ року): 1 група (основна) – 48 жінок, хворих на ІХС з ожирінням I-II ступеня; групи порівняння: 2 група – 29 жінок, хворих на ІХС, з надлишковою вагою; 3 група – 12 жінок, хворих на ІХС, з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 11 здорових жінок відповідного віку. Проводили визначення рівня ВЕФР-А імуноферментним методом, показників МЩКТ (за T, Z-критеріями), методом ультразвукової остеоденситометрії на апараті Omnisense 7000, алгоритм FRAX для визначення 10-річного ризику виникнення переломів. Статистичну обробку результатів проводили відповідно до критеріїв доказової медицини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У жінок, хворих на ІХС та ожиріння, виявлено збільшення рівня ВЕФР порівняно з жінками контрольної групи (105,96 пг/мл проти 196,12 пг/мл, $p < 0,05$) та групи з надлишковою вагою (163,80 пг/мл проти 196,12 пг/мл, $p < 0,05$). Встановлено, що в жінок з ІХС та ожирінням T-критерій для великогомілкової кістки був віро-

гідно нижче порівняно з відповідними показниками в жінок, хворих на ІХС, з нормальною масою тіла та жінками з надлишковою вагою (-1,4 SD проти -0,2 SD та 0,4 SD відповідно; $p < 0,05$). Z-критерій для фаланги пальця також був нижче в групі жінок з ІХС та ожирінням порівняно з відповідними показниками в жінок, хворих на ІХС, з надлишковою вагою (+0,3 SD проти +0,35 SD; $p < 0,05$), а для променевої кістки – порівняно з жінками, хворими на ІХС, з нормальною масою тіла та жінками, хворими на ІХС, з надлишковою вагою (-0,50 SD проти -0,05 SD та +0,00 SD відповідно; $p < 0,05$). Однак 10-річний ризик розвитку остеопорозних переломів за алгоритмом FRAX для фаланги був дещо нижче в групі з надлишковою вагою та ожирінням порівняно з хворими з нормальним ІМТ (6,5% та 8% проти 9,5%; $p < 0,05$).

Встановлено наявність прямого кореляційного взаємозв'язку між рівнем ІМТ та T-критерієм променевої кістки ($r = +0,30$; $p < 0,05$), між рівнем ВЕФР та 10-річним ризиком переломів фаланги ($r = +0,41$; $p < 0,05$); наявність зворотного кореляційного взаємозв'язку між рівнем ВЕФР та Z-критерієм фаланги пальця ($r = -0,43$; $p < 0,05$), ІМТ та 10-річним ризиком переломів променевої кістки ($r = -0,39$; $p < 0,05$) у хворих з ожирінням.

ПІДСУМОК

Для жінок, хворих на ІХС, характерне зростання рівня ВЕФР та зниження показників МЩКТ паралельно зі збільшенням ІМТ. Наявність взаємозв'язку між рівнем ВЕФР та показниками МЩКТ і 10-річним ризиком розвитку остеопорозних переломів доводить роль цього біомаркера в процесах ремоделювання кісткової тканини в означеній категорії хворих.



Л.В. Мікулець

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ І РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Театральна пл., 2, Чернівці, 58002, України*

Ревматоїдний артрит (РА) характеризується підвищеним рівнем серцево-судинної смертності на 60% порівняно із загальною популяцією. Серцево-судинні ускладнення, пов'язані з атеросклеротичним ураженням судин, такі як інфаркт міокарда, застійна серцева недостатність, раптова смерть, є провідною причиною зниження тривалості життя при РА. На цей час відомо, що ревматичні захворювання супроводжуються порушеннями сну, при РА проблеми зі сном виявляють у 54-70% пацієнтів. Порушення сну суттєво знижують якість життя хворих на РА й ускладнюють перебіг захворювання.

Мета – дослідити частоту синдрому обструктивного апное сну (СОАС) у хворих на ревматоїдний артрит.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В обстеженні взяло участь 89 пацієнтів. Діагноз верифікований згідно з критеріями, запропонованими ARA/EULAR (1987/2010), наказом МОЗ України № 263 від 11.04.2014. Більшість пацієнтів були жінки (89,9%) та позитивні по ревматоїдному фактору (58,4%), а також хворі з помірною та високою активністю захворювання за DAS28 (78,7%). Хворі отримували: метотрексат (від 10 мг до 15 мг/тиждень) – 52%, пероральні кортикостероїди (від 5 до 20 мг/добу), всі пацієнти отримували НПЗП. Хворим проводили загальноклінічні, лабораторні та інструментальні (ехокардіографію, дуплексне сканування сонних артерій, пульсоксиметрію) дослідження. Проводили визначення показників тяжкості СОАС – індекс апное/гіпопное (АНІ - арпеа-гипорпеа index) та індекс десатурації (ІД). СОАС виявляли при ІАГ \geq 5/г. Статистичну обробку даних виконували за допомогою програми PAST.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні визначення факторів ризику ССЗ було виявлено: 26% пацієнтів курять, обтя-

жений спадковий анамнез по ССЗ – у 71,9%, median АТ - 127/84 мм рт. ст., рівень загального холестерину – 5,3 ммоль/л, індекса маси тіла (ІМТ) – 25,9 кг/м². Ризик смерті від ССЗ за шкалою SKORE – 0,57 (від 0,04 до 4,23%). При проведенні кардіореспіраторного моніторингу в 61,8% був виявлений СОАС. Аналіз факторів ризику ССЗ показав, що вони не відрізнялись між групами (у групі із СОАС і без нього, $p<0,05$), виключенням був лише ІМТ ($p=0,037$). У пацієнтів із СОАС спостерігалась тенденція до збільшення індексу маси міокарда лівого шлуночка ($46,3\pm 0,7$ г/м²) проти $41,0\pm 0,5$ г/м² у групі без СОАС. Товщина комплексу інтим-медіа була більшою в групі хворих на РА із СОАС ($0,73\pm 0,07$ мм) та $0,55\pm 0,04$ мм у групі без СОАС ($p<0,05$). При аналізі по кількості атеросклеротичних бляшок між групами відмінностей не виявлено. Аналізуючи взаємозв'язки показників тяжкості СОАС і субклінічних ознак ССЗ, виявлено кореляцію АНІ з товщиною комплексу інтим-медіа ($R=0,43$, $p=0,019$), ІД з ІММЛШ ($R=0,45$, $p<0,05$). Також встановлені позитивні кореляційні зв'язки кількості припухлих суглобів, кількості болючих суглобів і DAS28 з ІД ($R=0,41$ та $R=0,32$ відповідно, $p<0,05$).

ПІДСУМОК

Таким чином, частота СОАС у хворих на РА з низьким сумарним ризиком ССЗ становила 61,8%. Наявність СОАС асоціюється з доклінічними стадіями ССЗ – субклінічним каротидним атеросклерозом та гіпертрофією лівого шлуночка. Індекс десатурації та показник інтермітуючої гіпоксії корелюють з активністю ревматоїдного процесу.



УДК 616.12-008.331.1:613.25:611-018.74:615.355

**В.И. Молодан,
М.А. Визир,
Т.Н. Голенко,
Н.В. Ярмыш**

**ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА
НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ**

*Харьковский национальный медицинский университет
пр. Науки, 4, Харьков, 61000, Украина*

Цель работы – изучить влияние розувастатина на функцию эндотелия у больных с гипертонической болезнью и ожирением в зависимости от полиморфизма Pro12Ala гена PPARG.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Было обследовано 120 больных – с гипертонической болезнью I-II стадии, 1-2 степени и ожирением, группу контроля составили 15 практически здоровых пациентов. Оценка эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии проводилась на ультразвуковом диагностическом комплексе Vivid-3 (General Electric, США) линейным датчиком 7,5 МГц (разрешение 0,01 мм) по методике, описанной D. Celermajer и соавт. (1992). Изучение полиморфизма генов PPARA и PPARG осуществляли на основании данных полимеразной цепной реакции. Лечение розувастатином проводилось на фоне антигипертензивной терапии. Препарат назначался 1 раз в сутки вечером в дозе 5-40 мг. Эффективность лечения оценивали через 6 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнение уровня вазодилатации плечевой артерии в группе с генотипом Pro12Ala/Ala12Ala и генотипом Pro12Pro гена PPARG показало, что исходная величина этого показателя по группам была сопоставимой и отличие между ними было недостоверным. В процессе терапии розувастатином вазодилатация увеличивалась с $2,2 \pm 1,0\%$ до $2,96 \pm 0,9\%$ ($p < 0,01$). Также было выявлено отличие вазодилатации у пациентов с различными полиморфизмами Pro12Ala. В группе больных с аллелью Ala увеличение эндотелий-зависимой вазодилатации было больше ($p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение розувастатина у больных с гипертонической болезнью и ожирением позволило улучшить функциональное состояние эндотелия. При этом эффективность терапии была выше у носителей генотипа Pro12Ala/Ala12Ala гена PPARG по сравнению с пациентами, имеющими генотип Pro12Pro.



УДК 616.33-006-036.4:543.272.32:547.93

**Л.М. Мосійчук,
С.О. Бабій,
В.А. Карачинова**

**ВИЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІТІВ
ОКСИДУ АЗОТУ ТА ЖОВЧНИХ КИСЛОТ
У ШЛУНКОВОМУ ВМІСТІ В ПАЦІЄНТІВ
З ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Метою роботи було дослідження шлункового (NO) та холевої кислоти в пацієнтів з передраковими станами шлунка.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведені в 29 пацієнтів з морфологічними змінами слизової оболонки шлунка, які були розподілені на чотири групи: I група – атрофія слизової оболонки шлунка (n=5); II група – кишкова метаплазія в антральному відділі шлунка (КМАВ) (n=9); III група – кишкова метаплазія тотальна в атральному відділі шлунка (КМТАВ) (n=12), IV група – дисплазія (n=3). Контрольну групу склали практично здорові особи. Вміст жовчі в шлунковому соці оцінювали за концентрацією і дебітом холевої кислоти. Визначення жовчних кислот проводилось за методом Рейнхолда і Вілсона. Визначення загальної кількості оксиду азоту проводили за Метельською В.А. Порівняння середніх значень перемінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента) за нормального розподілу даних ознак, що виражені в інтервальній шкалі. В інших випадках використовували непараметричний метод (U-критерій Манна-Уїтні).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Негативна дія оксиду азоту починає проявлятися, коли його концентрація різко знижується або збільшується, що призводить до функціонального і структурного пошкодження органа. Так, за результатами дослідження встановлено, що в пацієнтів з атрофічним гастритом і морфологічними змінами в слизовій оболонці шлунка спостерігалась тенденція до зростання рівня оксиду азоту в шлунковому соці майже вдвічі порівняно з контролем (59,32±12,21 проти 32,44±3,14 мкмоль/л, p>0,05). Такі зміни відбувались переважно за рахунок зростання вмісту нітратів (NO₃) у 2,6 разу порівняно з контролем (20,88±6,85 проти 7,95±2,50 мкмоль/л, p>0,05). Така тенденція зберігалась у всіх досліджуваних

групах пацієнтів. Вміст нітритів (NO₂) у шлунковому соці вірогідно знижувався в 1,8 разу лише в II групі пацієнтів порівняно з контролем (13,47±3,42 проти 24,49±1,09 мкмоль/л, p<0,05). Іншим ушкоджуючим фактором шлункового соку можуть бути жовчні кислоти, що ретроградно потрапляють у просвіт шлунка, відносяться до агресивних агентів, які призводять до ушкодження неадаптованої до їхньої дії клітини слизової оболонки шлунка. У пацієнтів I і III груп відмічалось тенденція до зростання вмісту холевої кислоти в шлунковому соці на 6-13% порівняно з контролем (175,7±53,8 проти 164,0±0,60x10⁻³ мкмоль/л, p>0,05; 186,0±45,0 проти 164,0±0,60x10⁻³ мкмоль/л, p>0,05 відповідно для двох груп), тоді як у групах II і IV це значення було вдвічі нижче контролю (91,20±32,03 проти 164,0±0,60x10⁻³ мкмоль/л, p>0,05; 70,0±0,01 проти 164,0±0,60x10⁻³ мкмоль/л, p>0,05 відповідно для двох груп). З літературних джерел відомо, що при тривалому впливові дуоденального вмісту на слизову оболонку шлунка відмічається виражена редукція й омолодження тучних клітин. Таким чином, розвиток атрофічного гастриту і морфологічних змін у слизовій оболонці шлунка в досліджуваних пацієнтів може бути наслідком довготривалого впливу жовчних кислот.

ПІДСУМОК

Показано, що в пацієнтів з атрофічним гастритом і морфологічними змінами в слизовій оболонці шлунка спостерігалась тенденція до зростання рівня оксиду азоту в шлунковому соці майже вдвічі порівняно з контролем. Виявлено тенденцію до збільшення вмісту жовчних кислот у шлунковому соці на 6-13%, що може бути причиною розвитку атрофічного гастриту і морфологічних змін у слизовій оболонці шлунка.



УДК 616.33-002-036.1-007.23:575.21

**Л.М. Мосійчук,
Н.Ю. Ошмянська,
О.В. Сімонова**

**ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ МЕТАПЛАСТИЧНОГО
ТА ЗАПАЛЬНОГО ФЕНОТИПІВ
ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета – оцінка розподілу запального та метапластичного компонентів залежно від передракових змін слизової оболонки шлунка (СО Ш).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За допомогою морфологічних та морфометричних методів проаналізовано біоптати 80 пацієнтів з морфологічними змінами СО Ш: 1 група – атрофія СО Ш (n=10); 2 група – кишечна метаплазія (КМ) в антральному відділі шлунка (n=20); 3 група – КМ тотальна в антральному відділі та тілі шлунка (n=39), IV група – дисплазія шлункових залоз (n=11).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У зв'язку з тим, що перебіг хронічного атрофічного гастриту пов'язаний з комплексом змін СО, серед яких можна виділити запальний та метапластичний компоненти, в усіх досліджених випадках було проведено морфологічне дослідження з послідовним аналізом вищезазначених змін. Виходячи з отриманих даних, запальний компонент поза залежністю від досліджуваної групи був найбільш виражений у ділянці антрального відділу шлунка. Найбільша частота виявлення клінічно значущого накопичення лімфоцитів та плазматичних клітин – 87,2% – в антральному відділі шлунка хворих 3-ї групи, найменша – 40,0% – в антральному відділі та тілі шлунка хворих 1-ї групи. Загострення хронічного запалення з нейтрофільним або еозинофільним компонентом також найчастіше в антральному відділі шлунка хворих 3-ї групи (25,60%), найменше загострення було характерне для 1-ї та 4-ї досліджуваних груп. Метапластичний компонент хронічного гастриту проявлявся в перебудові СО шлунка за рахунок атрофії нативних (характерних для цієї зони) залоз, розширення зони фундальних залоз та кишкової метаплазії. Власне атрофія частіше за все спостерігалась в антральному відділі хворих 3-ї групи (53,8%), у той час як площа КМ була най-

більшою в ділянці кута шлунка хворих 4-ї групи. Аналіз перелічених відмінностей дозволив виділити характерні особливості двох фенотипів розвитку хронічного гастриту. Для запального фенотипу, окрім вираженого глибокого накопичення лімфоцитів і плазматичних клітин та загострення запалення, характерним є розповсюдження запалення із залученням кута та фундального відділу шлунка, наявність інфекції НР. Невеликі осередки КМ в антральному відділі також можуть траплятися при цьому фенотипі, але загальна площа їх не перевищує 15% від площі біоптату. Для метапластичного фенотипу характерні відсутність загострення запалення та НР, локалізація запалення в антральному відділі без залучення кута та тіла шлунка, більш виражена атрофія, пілоризація та гіперплазія залоз, наявність неповної (товстокишкової) КМ, розповсюдження КМ до кута та тіла шлунка, збільшення площі КМ >15% від загальної площі біоптату. Зі зрозумілих причин, всі випадки 1-ї групи представляли собою варіанти запального фенотипу, у 2-й групі також переважав запальний тип над метапластичним (65,0% порівняно з 35,0%), у 3-й групі метапластичний фенотип децю переважав над запальним (53,8% порівняно з 46,2%) та в 4-й групі достовірно переважав метапластичний фенотип хронічного гастриту (72,7% порівняно з 27,3%).

ПІДСУМОК

Таким чином, при ізольованій КМ антрального відділу шлунка (2-а група) запальний фенотип гастриту переважав над метапластичним (65,0% порівняно з 35,0%), у той час, як при наявності дисплазії залоз (4-а група) достовірно переважав метапластичний фенотип (72,7% порівняно з 27,3%), з тенденцією до переважання метапластичного фенотипу у хворих з дифузною КМ (3-я група).



**К.І. Мошенець,
Н.О. Перцева**

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Мета – виявити зміни геометрії лівого шлуночка та оцінити діастолічну дисфункцію в пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу (ЦД 1) залежно від перебігу захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 53 пацієнти із ЦД 1, з них чоловіків – 22 (42%), жінок – 31 (58%). Середній вік хворих – $31,5 \pm 1,06$ року, тривалість захворювання $11,6 \pm 1,08$ року, індекс маси тіла (ІМТ) – $20,9 \pm 0,42$ кг/м². Всі пацієнти були на інсулінотерапії за базисно-болюсною схемою, добова доза інсуліну $45 \pm 4,16$ Од. Для верифікації та визначення перебігу захворювання визначались: С-пептид, HbA_{1c}, креатинін крові, мікроальбумін у ранковій порції сечі (МАУ). Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) розраховувалась за формулою СКД-ЕРІ. Проводилось тривале моніторування рівня глікемії за допомогою системи CGMS протягом 5 діб з визначенням максимального (Гмакс), мінімального (Гмін), середнього рівня (Гсер) та розмаху глікемії (РГ). Гіпоглікемія визначалась у разі зниження рівня глюкози крові менше 3,9 ммоль/л. Всім обстежуваним проводили двовимірну ехокардіографію (ЕхоКГ) і доплерехокардіографію (ДЕхоКГ) з визначенням розмірів та обсягів камер серця, товщини стінок лівого шлуночка (ЛШ), індексу маси міокарда (ІММ), вираховували фракцію викиду ЛШ (ФВ). Вимірювали максимальні швидкості трансмітрального потоку в ранню (Е) і пізню (А) діастолу, час ізвольомічного розслаблення ЛШ (IVRT) і час уповільнення раннього діастолічного наповнення (DT). Пацієнти були розподілені на групи за відсутністю (група 1) або наявністю (група 2) гіпоглікемії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Групи були порівняні за віком, тривалістю захворювання, основними антропометричними індексами, добовою дозою інсуліну, величиною ШКФ, концентрацією МАУ та показниками вугле-

водного обміну, окрім Гмін: $6,64 \pm 1,17$ ммоль/л у групі 1 проти $2,74 \pm 0,63$ ммоль/л у групі 2 ($p < 0,05$) та РГ $9,17 \pm 3,42$ ммоль/л у групі 1 проти $12,74 \pm 4,11$ ммоль/л у групі 2 ($p < 0,05$). У 21 пацієнта (36%) було виявлено збільшення індексу відносної товщини стінки лівого шлуночка (ІВТСЛШ) $> 0,42$ та збільшення індексу маси міокарда у 3 пацієнтів (5%). У 26 пацієнтів (49%) визначалась концентрична гіпертрофія ЛШ та ще в 4 (8%) – ексцентрична. Встановлено негативний кореляційний зв'язок між наявністю гіпоглікемії та швидкістю трансмітрального потоку Е ($r = -0,323$; $p < 0,05$) та А ($r = -0,332$; $p < 0,05$), а також Е/А ($r = -0,505$; $p < 0,05$). Наявність епізодів гіпоглікемії відзначалась потовщенням міжшлуночкової перетинки в діастолу ($r = 0,389$; $p < 0,05$) та подовженням IVRT ($r = 0,447$; $p < 0,05$). Крім того, значення IVRT мало позитивний кореляційний зв'язок з РГ ($r = 0,364$; $p < 0,05$). При порівнянні групи 1 з групою 2 встановлено: збільшення КСР (кінцевий систолічний розмір ЛШ) $2,70 \pm 0,54$ см проти $2,93 \pm 0,71$ см ($p < 0,05$) та КСО (кінцевий систолічний об'єм ЛШ) $29,04 \pm 7,68$ мл проти $34,6 \pm 9,11$ мл ($p < 0,05$), а також зниження ФВ $67,33 \pm 10\%$ проти $65,08 \pm 9,85\%$ ($p < 0,05$).

ПІДСУМОК

У хворих на ЦД I типу, незалежно від тривалості та компенсації захворювання, визначаються ознаки структурно-геометричної перебудови та діастолічної дисфункції ЛШ. Поряд із власне ЦД 1 та гіперглікемією значний внесок у порушення як діастолічної, так і систолічної функції робить гіпоглікемія, яка супроводжується зменшенням потоку Е, індексом Е/А і збільшенням КСР та КСО ЛШ, а збільшення РГ призводить до подовження IVRT ($p < 0,05$). Компенсація показників вуглеводного обміну та усунення гіпоглікемії є важливими факторами запобігання розвитку і прогресування серцевої недостатності у хворих на ЦД 1.

УДК 616.12-008.331.1-036.3:615.225

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

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

*ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»
пр. Л. Малой, 2А, Харьков, 61000, Украина*

Цель исследования – определить эффективность гипотензивной терапии больных высокого кардиоваскулярного риска (КВР) с коморбидной патологией фиксированным трёхкомпонентным комбинированным гипотензивным препаратом, состоящим из ингибитора ангиотензин-превращающего фермента – периндоприла, дигидропиридинового антагониста кальция – амлодипина и тиазидоподобного диуретика – индапамида. При наличии коморбидности у пациентов высокого КВР применение сразу трёх гипотензивных препаратов разных фармакологических групп повышает гипотензивный эффект, увеличивает шансы достижения целевых уровней артериального давления (АД) и комплаенс терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Пациентами высокого КВР с коморбидной патологией считаются пациенты с повышенными цифрами АД, диагностированным сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ) или с наличием хронической болезни почек (ХБП), сахарного диабета (СД) 2-го типа или 1-го типа с наличием микроальбуминурии. В динамике обследовано 128 больных (50 мужчин и 78 женщин) 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 54,5±6,8 года. Уровень систолического АД до лечения в среднем составил 188,5±12,5 мм рт. ст., уровень диастолического АД - 95,5±9,5 мм рт. ст.; у 36 пациентов наблюдалась протеинурия, с уровнем суточной протеинурии в среднем – 0,865±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 И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В динамике терапии у всех пациентов отмечалось достоверное снижение САД на 29,5% ($p<0,05$), тенденция к снижению показателей ДАД и ЧСС, а также снижение суточной протеинурии до 0,215±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±0,98 ммоль/л до 4,68±1,02 ммоль/л ($p<0,05$) и уровня холестерина липопротеидов низкой плотности с 3,25±0,92 ммоль/л до 1,64±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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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.



**В.В. Новаківський,
Н.М. Степанова**

ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ Д НА РІВЕНЬ ГЕМОГЛОБІНУ ТА ДОЗУ ТРИВАЛОГО АКТИВАТОРА РЕЦЕПТОРІВ ЕРИТРОПОЕТИНУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК V СТАДІЇ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ МЕТОДОМ ГЕМОДІАФІЛЬТРАЦІЇ

*Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна"
Черкаси, 18000, Україна
ДУ «Інститут нефрології НАМН України»
вул. Дегтярівська, 17В, Київ, 04050, Україна*

Вторинний гіперпаратиреоз є однією з багатьох причин, які призводять до анемії у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН). Для лікування гіперпаратиреозу в цієї категорії пацієнтів вже майже 35 років застосовується Альфакальцидол (1-альфа-гідрохолекальциферол). На сьогодні немає однозначної думки щодо впливу застосування аналогів вітаміну Д на ефективність лікування анемії.

Метою нашого дослідження було ретроспективно оцінити вплив застосування Альфакальцидолу у хворих на ХХН V Д, які лікувались методом гемодіалізації (ГДФ), на рівень гемоглобіну (Hb) та необхідну дозу тривалого активатора рецепторів еритропоетину (ТАРЕ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проведено ретроспективне багаточентрове когортне дослідження за участю 105 пацієнтів, які лікувались ГДФ з травня 2013 по січень 2017 року. Серед обстежених було 55,3% чоловіків та 44,7% жінок. Вік хворих у середньому становив 48,8±13,8 року. Середня тривалість діалітичної терапії до включення в дослідження становила 49,2 [26,2-99,5] місяців.

Для лікування ГДФ використовували апарати 4008S та 5008 Fresenius з блоками гемодіалізації online та діалізаторами FX 50, FX 60, FX80 Fresenius, Німеччина.

ТАРЕ (метоксиполіетиленгліколь-епоедин бета) призначали в початковій дозі 0,6 мкг/кг 1 раз на 2 тижні. У разі приросту рівня Hb менше 10 г/л за місяць, дозу ТАРЕ збільшували на 50%. За підвищення рівня Hb більше 20 г/л за місяць дозу ТАРЕ зменшували на 50%. У випадку перевищення цільових рівнів Hb ТАРЕ відміняли до зниження його рівня менше 120 г/л. Після досягнення цільового рівня Hb (фаза корекції) пацієнти переходили в підтримуючу фазу ліку-

вання анемії. Середня тривалість лікування ТАРЕ становила 44,2 (36,9-69,6) місяця.

Пацієнтів було розподілено на 2 групи: I група (n=41) не отримувала Альфакальцидол, пацієнтам II групи (n=64) призначався Альфакальцидол у дозі 1 мкг після діалітичної сесії 3 рази на тиждень.

Для статистичного аналізу ми використовували t-критерій Стьюдента, непараметричний U-тест, рівняння кореляції Манна-Уїтні та Пірсона. Всі статистичні аналізи виконувалися за допомогою MedCalc.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз рівня Hb залежно від прийому Альфакальцидолу не продемонстрував статистично значущих результатів. Так, через рік після ініціації лікування ТАРЕ середній рівень Hb у пацієнтів I групи становив 102±11 г/л проти 106±8 г/л у хворих II групи (p=0,08). Середня доза навантаження ТАРЕ для I групи становила 108,8 [89,4-128,2] проти 100 [68,6-131,4] мкг/міс групи Альфакальцидолу (p=0,08). Проте підтримуюча доза ТАРЕ була достовірно нижчою в пацієнтів II групи: 46,1 [23,7-68,6] проти 63,9 [50,1-78,8] мкг/міс відповідно (p<0,0001).

Крім того, протягом року лікування цільового рівня Hb (110 г/л) було досягнуто в 31/41 (75,6%) пацієнтів I групи та 58/64 (90,6 %) хворих II групи ($\chi^2=4,3$; p=0,03). Відношення шансів досягти цільового рівня Hb у пацієнтів групи Альфакальцидолу було в 2,2 рази вищим порівняно з пацієнтами I групи: 2,2 (95% ДІ 1,4-6,0), p=0,003.

ПІДСУМОК

Застосування Альфакальцидолу в пацієнтів, які лікуються ГДФ, статистично значуще знижує необхідну для лікування анемії дозу ТАРЕ та вдвічі підвищує шанси досягнення цільового рівня гемоглобіну.

УДК 613.62-036.3:622.2

О.В. Орехова**РИЗИК ПРОФЕСІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ
ПРИ ВИДОБУВАННІ КОРИСНИХ КОПАЛИН***ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»
вул. Виноградова, 40, Кривий Ріг, 50096, Дніпропетровська обл., Україна*

У процесі трудової діяльності працівники, зайняті добуванням залізних руд, піддаються дії небезпечних і шкідливих виробничих чинників, які мають значний вплив на вид і якість їх трудової діяльності. Залежно від професії, особливостей технологічних процесів підземного та відкритого видобутку, на працівників впливає комплекс чинників різної інтенсивності, що й зумовлює особливість їх дії на організм та різний ризик виникнення професійних захворювань. Залежно від цього підприємства диференціюють за класами професійного ризику відповідно до ступеня небезпеки для життя і здоров'я працівників.

Метою цього дослідження є визначення закономірності формування ризику професійної захворюваності працівників, що зайняті в підземному та відкритому видобуванні залізних руд. За результатами вивчення та оцінки показників професійної захворюваності визначили та оцінили популяційні ризики розвитку професійної патології для працівників, що зайняті добуванням залізних руд, згідно з міжнародною методикою.

Встановлено, що несприятливий вплив умов праці є причиною високого рівня професійної захворюваності. У структурі професійних захворювань у працівників підземного видобутку залізної руди найвищий ризик виникнення професійної туговухості, радікулопатій та хронічного обструктивного захворювання легень (RR=60,8 при CI 95% 33,7–109,7, RR=54,5 при CI 95% 51,0–58,2 та RR=46,7 при CI 95% 37,9–57,6) ($p<0,05$). EF шкідливих виробничих факторів свідчить, що розвиток професійних захворювань на 81,7–98,4% зумовлений умовами праці та відповідає високому ступеню професійно зумовленої захворюваності та говорить про дуже високу залежність захворюваності від умов праці ($p<0,05$).

У структурі професійних захворювань у працівників відкритого видобутку залізної руди найвищий ризик виникнення вібраційної хвороби, професійної туговухості та пневмоконіозу (RR=13,1 при CI 95% 10,5–16,3, RR=10,0 при CI 95% 8,1–12,3 та RR=10,0 при CI 95% 2,5–39,7) ($p<0,05$). EF шкідливих виробничих факторів у працівників відкритого видобутку залізної руди свідчить, що розвиток професійних захворювань на 55,6–92,4% зумовлений умовами праці, що відповідає високому ступеню професійно зумовленої захворюваності та говорить про дуже високу залежність захворюваності від умов праці ($p<0,05$).

Залежно від віку працюючих найвищий ризик виникнення професійних захворювань при підземному видобутку залізної руди у віці 50–59 років (3,9), при відкритому видобутку залізної руди – 60 і більше років (13,9).

Залежно від стажу роботи, найвищий ризик виникнення професійних захворювань при підземному видобутку залізної руди при стажі роботи 15–19 та 10–14 років (RR=6,25 при CI 95% 6,0–6,5 та RR=4,35 при CI 95% 3,35–5,6 відповідно). Етіологічна частка професійних факторів у розвитку захворювань у цих стажових групах становить 84 та 77%, що свідчить про дуже високий зв'язок з умовами праці. При відкритому видобутку залізної руди найвищий ризик розвитку професійних захворювань при стажі роботи 20 і більше років (RR=4,8 при CI 95% 4,75–4,85), з EF 79%, що свідчить про дуже високий зв'язок з умовами праці.

Проведені дослідження відкривають перспективи для подальших наукових досліджень, спрямованих на розробку та впровадження сучасної ефективної моделі оцінки та керування професійним ризиком.



ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ПРОФЕСІЙНУ ПИЛОВУ ПАТОЛОГІЮ ЛЕГЕНЬ У ПРАЦІВНИКІВ СУЧАСНОГО МЕТАЛУРГІЙНОГО ВИРОБНИЦТВА

*ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»
вул. Виноградова, 40, Кривий Ріг, 50096, Дніпропетровська обл., Україна*

Ефект дії виробничих факторів на здоров'я працівників відображається в показниках професійної захворюваності, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та розповсюдженості хронічної соматичної патології.

Мета досліджень – оцінка ризику розвитку професійної пилової патології легень у працівників основних професій сучасного металургійного виробництва.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Епідеміологічний, статистичний – для оцінки професійного ризику пошкодження здоров'я з розрахунком показників відносного ризику (RR), відносного шансу (OR) та етіологічної частки (EF).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі випадків професійної пилової патології легень встановлено, що вона коливається від 7,26 до 17,65 випадків на 100 працюючих. Найменша кількість випадків професійної пилової патології легень зареєстрована у прокатному виробництві, найбільша – у мартенівському.

Серед основних професій мартенівського цеху найбільша кількість випадків професійного пилового захворювання легень зареєстрована в розливальника сталі.

Серед основних цехів сучасного металургійного виробництва найвищий відносний ризик розвитку професійної пилової патології легень має місце в мартенівському виробництві. Оцінка ступеня причинно-наслідкового зв'язку говорить про дуже високий зв'язок захворювання з умовами праці. Це пов'язано з моральною та технологічною застарілістю мартенівського виробництва сталі, із впливом на працівників дуже високих концентрації пилу переважно фіброгенної дії, нагріваючого мікроклімату та важкої фізичної праці.

До професій з високим ризиком розвитку професійної пилової патології легень можна від-

нести професії агломератника (агломераційний цех), горнового доменної печі (доменний цех), розливальника сталі (мартенівський цех), конвертерника та його підручного (конвертерний цех), вальцювальника стану гарячого прокату (прокатний цех), що від 3,11 до 3,57 разу збільшує ризик захворіти на професійну пилову патологію легень, ніж у працівників контрольної групи.

Аналіз етіологічної частки відносного ризику (EF) шкідливих виробничих факторів, що мають місце у працівників основних цехів сучасного металургійного виробництва, свідчить, що захворюваність на професійну пилову патологію легень становить від 63% до 69%, що відповідає високому ступеню професійно зумовленої захворюваності та говорить про дуже високу залежність захворюваності від умов праці ($p < 0,05$).

Рівень ризику розвитку професійної пилової патології легень у працівників основних професій сучасного металургійного виробництва становить: у мартенівському цеху – AR=0,0079, RR=3,21, EF=69% при CI 95% 1,81–5,69, доменному – AR=0,0075, RR=3,05, EF=67% при CI 95% 1,95–4,78, конвертерному – AR=0,0071, RR=2,85, EF=65% при CI 95% 1,85–4,37, агломераційному – AR=0,0071, RR=2,83, EF=64% при CI 95% 1,60–5,03, прокатному – AR=0,0067, RR=2,75, EF=63% при CI 95% 1,58–4,77, що характеризується як високий ступінь професійно зумовленої захворюваності та свідчить про високий зв'язок захворюваності з умовами праці.

ПІДСУМОК

Таким чином, специфічний комплекс факторів, що має місце в металургійному виробництві, а саме нагріваючий мікроклімат та важка фізична праця, призводить до підсилення впливу пилу переважно фіброгенної дії на виникнення професійної пилової патології легень на 28,5-70%.

УДК 616.379-008.64:616.61-039.36:611-018.74

**Н.О. Перцева,
Д.І. Чуб****ФАКТОРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ
ЯК МАРКЕРИ ПРОГРЕСУВАННЯ
ДІАБЕТИЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua

В Україні на початок 2017 р. зареєстровано 1 млн 380,47 тис. хворих на цукровий діабет (ЦД) і ще близько 50% - не виявлено. ЦД веде до ранньої інвалідизації і збільшення летальності, основною причиною яких є пізні судинні ускладнення, у першу чергу діабетична хвороба нирок (ДХН) з розвитком хронічної ниркової недостатності (ХНН). Порушення ендотеліальної функції розглядається багатьма науковцями як процес, що лежить в основі розвитку діабетичних ускладнень. У зв'язку з цим, актуальним є пошук факторів дисфункції ендотелію, що забезпечать виявлення ДХН на ранній стадії.

Мета – дослідити взаємозв'язок TGF- β 1 (transforming growth factor-beta 1, трансформуючий фактор росту-бета 1) та VCAM-1 (vascular cell adhesion molecule 1, васкулярна молекула судинної адгезії 1) з рівнем швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) у хворих на ЦД 1 та 2 типу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження включено 124 хворих на ЦД, з них – 66 хворих на ЦД1, 58 – на ЦД2. Набір проводили в ендокринологічному відділенні ВСП «Клініка медичної академії» ДЗ «ДМА», м. Дніпро. Хворі розподілені залежно від ШКФ: група 1 – ШКФ 90 мл/хв/1,73 м² та вище; група 2 – ШКФ 89-60 мл/хв/1,73 м²; група 3 – ШКФ 59-45 мл/хв/1,73 м². У кожній групі виділено: підгрупа 1 - хворі на ЦД1, підгрупа 2 – хворі на ЦД2. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб, які істотно не відрізнялися за вікостатевими характеристиками від хворих. Ендотеліальну функцію визначали за показниками TGF- β 1 та VCAM-1 на базі діагностичного центру ТОВ «Аптеки медичної академії» м. Дніпро за допомогою наборів реактивів виробництва «Bender Medsystems» та «BCM Diagnostics». ШКФ розраховували за формулою СКД-ЕРІ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хворі усіх груп дослідження порівняно з групою контролю мали вірогідно ($p < 0,05$) вищі рівні TGF- β 1 та VCAM-1, що свідчить про наявність у них дисфункції ендотелію. У всіх групах дослідження TGF- β 1 та VCAM-1 були вищими в середньому в 1,3 разу та 1,2 разу відповідно в підгрупах ЦД2, що свідчить про більш виражену дисфункцію ендотелію в цих хворих. Кількісно TGF- β 1 та VCAM-1 збільшувались по мірі зниження ШКФ не залежно від типу ЦД. Так, у підгрупі з ЦД1 TGF- β 1 у 2 групі був вищим на 57,0% і на 78,7% більшим у 3 групі порівняно з групою 1. У підгрупі ЦД2 TGF- β 1 у 2 групі був вищим на 30% і на 64,2% у 3 групі порівняно з групою 1. У підгрупі ЦД1 типу VCAM-1 у 2 групі був вищим на 16,2% і на 46,2% у 3 групі порівняно з групою 1. У підгрупі ЦД2 VCAM-1 у 2 групі був вищим на 18,3% і на 47,4% у 3 групі порівняно з групою 1.

Доведено, що розбіжності в групах дослідження за показниками TGF- β 1 ($p_{1-2}=0,001$; $p_{1-3}<0,001$) та VCAM-1 ($p_{1-2}=0,001$; $p_{1-3}<0,001$) статистично значущі. Визначено, що показники TGF- β 1 та VCAM-1 корелюють з ШКФ зворотнім сильним кореляційним зв'язком ($\rho=-0,56$, $p<0,001$ та $\rho=-0,51$, $p<0,001$ відповідно). Таким чином, у нашому дослідженні визначено, що стан ендотеліальної функції за показниками рівнів білків TGF- β 1 та VCAM-1 змінюється залежно від ШКФ. Чим нижче ШКФ, тим вищими стають показники TGF- β 1 та VCAM-1, що свідчить про прогресування дисфункції ендотелію.

ПІДСУМОК

У дослідженні отримані переконливі результати, що рівні факторів ендотеліальної функції VCAM-1 та TGF- β 1 у хворих на ЦД 1 та 2 типу можливо вважати маркерами раннього прогресування ДХН.



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

ТОНУС ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ПАЦІЄНТІВ З АНАТОМІЧНОЮ НЕОДНОРІДНІСТЮ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета роботи – порівняння зміни тиску в пілоричному та нижньому стравохідному сфінктері в пацієнтів з килою стравохідного отвору діафрагми та ахалазією кардії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено в 20 пацієнтів відділу хірургії органів травлення Державної установи «Інститут гастроентерології НАМН України» за 2017 рік, репрезентативно розподілених на дві групи: I група (n=12) – хворі з килою стравохідного отвору діафрагми (код за МКХ-10 – К 44.), II група (n=8) – хворі з порушенням прохідності нижнього стравохідного сфінктера внаслідок ахалазії кардії (код за МКХ-10 – К 22.0). Для встановлення та підтвердження діагнозу пацієнтам проводили езофагогастродуоденоскопію та рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки. Тонус анатомічних звужень езофагогастродуоденальної зони вимірювали за допомогою пневмобалона під ендоскопічним контролем. Реєстрували в положенні лежачи на лівому боці, шляхом вимірювання тиску при проходженні балона через відповідне звуження травного каналу в напрямку знизу вгору. Використовували датчик УТАН (DPT-248A), який під'єднували через подовжуючий кабель до блоку обробки сигналів підсилюючого та аналогового цифрового перетворювача МНХ-01. Отримані дані оброблялись у цифрованому вигляді, з частотою 1Гц. Показники тиску в досліджуваній ділянці розраховувались як відносна величина піку тиску при проходженні балона через зону звуження мінус фоновий рівень тиску в нижче розташованому відділі травного каналу, виражалась у мм рт. ст.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що в пацієнтів I групи відповідно до патологічних змін у термінальному

відділі стравоходу тиск при проходженні балона в зоні нижнього стравохідного сфінктера зростав на $7,73 \pm 2,58$ мм рт. ст., а значення максимального тиску, під час його проходження в зоні пілоричного сфінктера, збільшувалось на $28,99 \pm 4,04$ мм рт. ст. У пацієнтів II групи з ахалазією кардії відмічалось значне зростання тиску при проходженні балона через нижній стравохідний сфінктер у середньому на $79,84 \pm 14,64$ мм рт. ст. Тонус пілоричного сфінктера відповідав нормальним значенням, тиск на балон під час його проходження через анатомічне звуження на шляху з дванадцятипалої кишки в шлунок зростав на $16,17 \pm 2,45$ мм рт. ст. При порівнянні тонузу пілоричного сфінктера пацієнтів обох груп виявлено його більший рівень у випадку кили стравохідного отвору діафрагми за показниками манометрії на 79% ($p < 0,05$) порівняно з показниками II групи. Причиною цього може бути порушення узгодженої нервової регуляції внаслідок механічних впливів кили на провідні шляхи вегетативної нервової системи, а саме порушення холінергічних волокон блукаючого нерва за рахунок виділення в його закінченнях ацетилхоліну, що підсилює моторику шлунка, що компенсаторно призводить до посилення тонузу сфінктера. Це призводить до порушення симпатичних адренергічних волокон черевного нерва і, як наслідок, активації β -адренорецепторів постсинаптичних мембран міоцитів пілоричного сфінктера, що викликає підвищення його тонузу.

ПІДСУМОК

Виявлено зростання тонузу пілородуоденального сфінктера в пацієнтів з килою стравохідного отвору діафрагми, детальна локалізація причин та встановлення механізмів формування потребує подальших досліджень.



УДК 616.36-07:577.112.382:547.233:577.152.2

Т.Ю. Радомська

ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ АЛАНІНАМІНОТРАНСФЕРАЗИ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ В АМБУЛАТОРНИХ ПАЦІЄНТІВ

*Запорізький державний медичний університет
пр. Маяковського, 26, Запоріжжя, 69000, Україна*

Одним з найголовніших завдань у практичній діяльності лікаря-інтерніста є правильна оцінка результатів додаткових методів досліджень та ефективне їх використання. Серед найбільш поширених лабораторних тестів – печінкові проби. Наприкінці 2016 р. Американська колегія гастроентерологів (American College of Gastroenterology) випустила оновлені рекомендації з біохімічних аналізів крові, результати яких використовують для оцінки стану печінки. Згідно з цими рекомендаціями, нормальний рівень аланінамінотрансферази (АЛТ) становить: 29-33 МО/л для чоловіків і 19-25 МО/л для жінок, відхилення показника від діапазону цих значень слід обов'язково оцінювати. При цьому підвищений рівень АЛТ або аспартатамінотрансферази (АСТ), який перевищує верхню межу норми в популяції без ідентифікованих факторів ризику, значно збільшує ризик смерті у зв'язку із захворюваннями печінки (KwoPaul Y. et al., 2016).

Виходячи з вищесказаного, метою цієї роботи стала оцінка рівня АЛТ в амбулаторних пацієнтів орієнтовно до нових референтних значень цього показника.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було проаналізовано 94 амбулаторні карти пацієнтів, які зверталися та проходили комплексне обстеження на базі діагностичного відділення Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка». Середній вік пацієнтів становив $46 \pm 1,2$ року, жінок було 51%, чоловіків – 49%. Визначення рівня АЛТ здійснювалося на біохімічному аналізаторі-фотометрі Prestige-24i (Японія). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (StatSoftIns, США).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед обстежених пацієнтів підвищений рівень АЛТ згідно з нормативними значеннями

біохімічного аналізатора (>42 МО/л) мали 14% осіб. При цьому не враховувалися гендерні відмінності значень АЛТ (вищий у чоловіків, ніж у жінок). Після подальшого інструментального обстеження за клінічними формами ураження печінки в цих хворих розподілилися таким чином: хронічний вірусний гепатит С – 2 особи, алкогольне ураження печінки – 2, неалкогольна жирова хвороба печінки – 9. Аналіз рівня АЛТ згідно з новими нормативними значеннями з урахуванням статі пацієнтів показав, що підвищення АЛТ мали 39% чоловіків та 38,5% жінок. Серед них рівень АЛТ >42 МО/л був у 8 чоловіків та 5 жінок (17% та 10,5% відповідно), а значення АЛТ >33 МО/л у чоловіків було зареєстровано в 10 осіб, у жінок >25 МО/л – у 13 осіб (22% та 27% відповідно). При цьому пацієнти з підвищеним рівнем АЛТ за новими стандартами не мали клінічних ознак уражень печінки, але після додаткових методів обстеження в 7 чоловіків та в 9 жінок були верифіковані дифузні захворювання печінки у вигляді стеатогепатозу, алкогольного та медикаментозного ураження печінки.

ПІДСУМОК

Таким чином, підвищення рівня АЛТ згідно з новими нормативними значеннями (>33 МО/л у чоловіків та >25 МО/л у жінок) зареєстровано в 39% чоловіків та 38,5% жінок. При цьому з них тільки в 14% пацієнтів були відповідні клінічні симптоми, тоді як у решти осіб мали місце дифузні захворювання печінки без характерних клінічних проявів. Тому зниження референтних значень АЛТ дозволить діагностувати захворювання печінки на доклінічних стадіях та своєчасно призначити необхідні профілактично-лікувальні заходи.



Т.Ю. Радомська

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕОКАРДІЛУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ В ЖІНОК

*Запорізький державний медичний університет
пр. Маяковського, 26, Запоріжжя, 69000, Україна*

Мета дослідження – оцінити ефективність застосування неокарділу для лікування метаболічної кардіоміопатії в жінок у клімактеричному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 65 пацієток з верифікованим діагнозом метаболічної кардіоміопатії на тлі клімактеричного періоду, які проходили комплексне обстеження та спостерігалися на базі діагностичного відділення Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка». Середній вік жінок становив $54,2 \pm 1,1$ року. Всім обстеженим було проведено дослідження стану міокарда методом дисперсійного картування електрокардіографії з визначенням індексу міокарда (ІнМ) на приладі «Кардіовізор -06С» та оцінка 5-ти хвилинної варіабельності серцевого ритму (ВСР) за допомогою комп'ютерної системи аналізу ЕКГ CardioLab («ХАІ Медіка», Україна). Обстеження проводилося двічі: до початку медикаментозного лікування та через 1 місяць спостереження. В якості лікування застосовувався препарат Неокарділ по 1 капсулі двічі на день протягом 30 днів. Статистична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (StatSoftInc, США).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті дослідження виявлено, що у всіх жінок до початку лікування мало місце підвищення ІнМ $>15\%$, середня величина становила

$34,5 \pm 1,4\%$, що свідчить про наявність електричної нестабільності міокарда як ознаки патологічного процесу. При дослідженні 5-ти хвилинної ВСР у пацієток було виявлено зниження загальної потужності вегетативної регуляції серця (SDNN $32,7 \pm 1,1$ мс) з перевагою тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи (LF/HF $3,35 \pm 0,61$). Після проведення курсу лікування Неокарділом у пацієток спостерігалось достовірне ($p < 0,05$) покращення досліджуваних параметрів: ІнМ знизився на 42%, показник SDNN підвищився на 41,5%, величина LF/HF знизилася на 25,5%. Зазначені процеси супроводжувалися суб'єктивним покращенням самопочуття пацієток. Побічні дії препарату ні в кого з жінок не відмічалися. У подальшому пацієткам було рекомендовано динамічне лікарське спостереження та повтор курсу лікування в разі необхідності.

ПІДСУМОК

Таким чином, використання препарату Неокарділ для лікування метаболічної кардіоміопатії в жінок на тлі клімактеричного періоду супроводжується вірогідним підвищенням загальної потужності регуляторних систем, зниженням симпатичного тону нервової системи та покращенням функціонального стану міокарда, що вказує на мобілізацію адаптаційно-регуляторних можливостей організму.



УДК 616.12-008.331.1:616.72-002]-08:616.12-008.33

**В.В. Родіонова,
О.С. Хмель**

**ЗМІНИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ
ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua

Мета – дослідити зміни артеріального тиску (АТ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в поєднанні з остеоартрозом (ОА) під впливом лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 30 осіб, з них 24 чоловіки та 6 жінок, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії, АГ 2 ступеня, у поєднанні з ОА колінних суглобів II ст. за Kellgren-Lawrence, з порушенням функції суглобів (ФНС) 1-2 ст., віком 40-65 років (середній вік – 51,8±2,14 року). Тривалість захворювання на ГХ становила 10,07±1,24 року, тривалість маніфестного перебігу – ОА – 8,56±1,03 року. Хворі були розподілені на 2 підгрупи по 15 осіб: I група отримувала в якості терапії остеоартрозу 15 мг ородиспергованої форми Мелоксикаму 1 раз на день вранці після їжі протягом 10 днів та антигіпертензивну терапію у складі Лізиноприлу та Амлодипіну в індивідуальній дозі, II група отримувала тільки антигіпертензивну терапію у складі Лізиноприлу та Амлодипіну в індивідуальній дозі. Хворим проводилося добове моніторування артеріального тиску до лікування та після лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після лікування серед хворих I групи спостерігалось зниження АТ до цільових цифр систо-

лічного артеріального тиску (САТ) та діастолічного артеріального тиску (ДАТ) у 6 осіб (40,0%), а у хворих II групи – у 10 осіб (66,7%). У хворих I групи, які не досягли цільових цифр АТ, тим не менше спостерігалось зниження САТ зі 154,6 [144,9 – 158,2] мм рт. ст. до 143,0 [138,3 – 145,8]; (p<0,05) та ДАТ з 93,2 [87,2 – 104,2] мм рт. ст. до 80,8 [76,6 – 98,2]; (p<0,05), що відповідало задовільній відповіді на лікування (зниження (Δ) САТ на 10-20 мм рт. ст. і ΔДАТ – 6-10 мм рт. ст.). У хворих II групи, які не досягли цільових цифр АТ, спостерігалось зниження САТ зі 157,4 [152,1 – 161,5] мм рт. ст. до 143,1 [138,5 – 148,5]; (p<0,05) та ДАТ з 107,4 [104,9 – 108,1] мм рт. ст. до 94,9 [91,7 – 97,2]; (p<0,05), що також відповідало задовільній відповіді на лікування (зниження (Δ) САТ на 10-20 мм рт. ст. і ΔДАТ – 6-10 мм рт. ст.).

ПІДСУМОК

Пероральний прийом ородиспергованої форми 15 мг Мелоксикаму у хворих на ОА в поєднанні з АГ не чинить негативного впливу на показники АТ при лікуванні комбінованої антигіпертензивної терапії у складі Лізиноприлу та Амлодипіну в індивідуальній дозі.



**Р.В. Рубцов,
Т.А. Ковальчук,
П.С. Базовкін**

ОЦІНКА ХАРАКТЕРУ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ІНДЕКСІВ ЗАПАЛЕННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧОРУДНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

*ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»
вул. Виноградова, 40, Кривий Ріг, 50096, Дніпропетровська обл., Україна*

Мета дослідження – оцінити інформативність, надійність, етіологічну частку впливу та достовірність показників індексів запалення, що характеризують характер запальних процесів для своєчасної діагностики пневмокониозу (ПК) в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) у працівників гірничорудної промисловості.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Лабораторні з визначенням індексів активності запалення: співвідношення лейкоцитів до швидкості осідання лейкоцитів (ЛЦШОЕ), співвідношення нейтрофілів до швидкості осідання лейкоцитів (НШОЕ), співвідношення нейтрофілів несеgmentованих до швидкості осідання лейкоцитів (ННШОЕ), загального індексу активності (ЗІА); статистичні з оцінкою середнього значення показника, похибки, дисперсії, що використовувались для дослідження гіпотез; методи ризикометрії та теореми Баєса для оцінки етіологічного впливу показника, його інформативності та надійності. Значущість показників досліджена в процесі клінічного спостереження 635 працівників гірничорудної промисловості, які страждають на ПК, ПК у поєднанні з ХОЗЛ та ХОЗЛ професійної етіології, яким вперше було застосовано алгоритм комплексної оцінки активності процесів запалення при загальноклінічному дослідженні крові.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Визначено, що серед індексів запалення найбільшу діагностичну цінність для ПК у поєднанні з ХОЗЛ мають такі показники: ЛЦШОЕ більше ніж 6,0 (етіологічна частка EF=31,8%, додаткова ймовірність появи $\delta P=0,14$, відношення шансів появи OR =1,9), НШОЕ більше ніж 6,5 (етіологічна частка EF=28,9%, додаткова ймовірність появи $\delta P=0,13$, відношення шансів появи OR=1,8), ННШОЕ більше ніж 3,7 (етіологічна частка EF=31,7%, додаткова ймовірність появи $\delta P=0,13$, відношення шансів появи OR=1,8), ЗІА більше ніж 16,1 (етіологічна частка EF=8,0%, додаткова ймовірність появи $\delta P=0,12$, відношення шансів появи OR=1,7). Таким чином, активність запальних процесів при ПК у поєднанні з ХОЗЛ у працівників гірничорудної промисловості є помірною, визначаючи повільно-прогресуючий перебіг цих захворювань.

ПІДСУМОК

Використання показників індексів запалення при діагностиці ПК у поєднанні з ХОЗЛ у працівників гірничорудної промисловості дозволить більш об'єктивно оцінити вираженість та спрямованість запальних процесів, оптимізувати підходи до визначення лікувальної тактики цієї категорії хворих.



УДК 616.24-003.6-007.272-036.1:616-099-058.234.2

**Р.В. Рубцов,
Т.А. Ковальчук,
П.С. Базовкін**

**ОЦІНКА СТУПЕНЯ ІНТОКСИКАЦІЇ
ЗА ПОКАЗНИКАМИ ІНДЕКСІВ
ІНТОКСИКАЦІЇ У ПРАЦІВНИКІВ
ГІРНИЧОРУДНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ,
ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ У ПОЄДНАННІ
З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

*ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»
вул. Виноградова, 40, Кривий Ріг, 50096, Дніпропетровська обл., Україна*

Мета дослідження – оцінити інформативність, надійність, етіологічну частку впливу та достовірність показників індексів інтоксикації, що характеризують вираженість процесів інтоксикації при пневмоконіозі (ПК) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) у працівників гірничорудної промисловості.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Лабораторні з визначенням індексів інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гранулоцитарно – агранулоцитарний індекс (ГАІ), загальний індекс інтоксикації (ЗІІ); статистичні з оцінкою середнього значення показника, похибки, дисперсії, що використовувались для дослідження гіпотез; методи ризику метрії та теореми Баєса для оцінки етіологічного впливу показника, його інформативності та надійності. Інформативність показників досліджена в процесі клінічного спостереження 635 працівників гірничорудної промисловості, які страждають на ПК, ПК у поєднанні з ХОЗЛ та ХОЗЛ професійної етіології, яким вперше було застосовано алгоритм комплексної оцінки ступеня інтоксикації при загальноклінічному дослідженні крові.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Визначено, що серед індексів інтоксикації найбільшу діагностичну цінність для ПК у поєднанні з ХОЗЛ мають такі показники: ЛІІ більше або дорівнює 0,6 (етіологічна частка EF=27,0%, відношення шансів появи OR=1,7, ймовірність появи $R_1=0,91$ та специфічність $sp=0,2$), ЗІІ більше або дорівнює 8,2 (етіологічна частка EF=20,6%, відношення шансів появи OR=1,5, ймовірність появи $R_1=0,86$ та специфічність $sp=0,19$), ГАІ більше або дорівнює 2,1 (етіологічна частка EF=12,2%, відношення шансів появи OR=1,2, ймовірність появи $R_1=0,86$ та специфічність $sp=0,18$). Таким чином, ступінь вираженості інтоксикації за показниками індексів інтоксикації при ПК у поєднанні з ХОЗЛ у працівників гірничорудної промисловості є незначним, зумовлюючи повільний та менш тяжкий перебіг цих захворювань.

ПІДСУМОК

Використання показників індексів інтоксикації при вивченні особливостей перебігу ПК у поєднанні з ХОЗЛ у працівників гірничорудної промисловості дозволить більш об'єктивно оцінити вираженість та спрямованість патологічних процесів, оптимізувати підходи до визначення лікувальної тактики цієї категорії хворих.



**В.В. Семенов,
Т.Д. Яценко,
М.Р. Мала,
В.А. Гула**

ЯКІСТЬ ВИКОНАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ З ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І.Мечникова»

пл. Соборна, 14, Дніпро, 49000, Україна

Згідно з рекомендаціями Американської колегії кардіологів (ACC) 2017 року, цільовий рівень артеріального тиску (АТ) при лікуванні артеріальної гіпертензії (АГ) у пацієнтів із хронічною хворобою нирок (ХХН) становить <130/80 мм рт. ст. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC) залишилися незмінними – <140/90 мм рт. ст. Дослідження SPRINT показало переваги інтенсивного контролю систолічного артеріального тиску <120 мм рт. ст., у тому числі в пацієнтів із ХХН.

Мета – вивчити частоту використання препаратів першого ряду в пацієнтів з ХХН.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТА ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, що лікувалися у відділенні нефрології Дніпропетровської обласної лікарні ім. І.І. Мечникова в 2017 році. Критерії включення: наявність ХХН. Критерії виключення: цукровий діабет 1 типу, вади розвитку сечовидільної системи, полікістоз нирок, операції на сечовидільній системі, сечокам'яна хвороба. Критеріям включення та виключення відповідали 333 пацієнти, з них вибрано 168 пацієнтів з верифікованим діагнозом АГ, що отримували антигіпертензивну терапію. Досліджували рівень АТ та структуру антигіпертензивних препаратів першої лінії, використаних у лікуванні АГ. Контроль артеріального тиску виконували згідно з рекомендаціями ESC 2013 року та рекомендаціями ACC 2017 року.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

АГ була діагностована в 168 пацієнтів із ХХН (50%). Контроль АТ на рівні <140/90 мм рт. ст. було досягнуто в 41 пацієнта (32%), на рівні <130/80 мм рт. ст. — у 12 пацієнтів (8%). Частота використання антигіпертензивних препаратів першої лінії для досягнення контролю АГ на рівні 140/90 мм рт. ст. була такою: інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) – у 14 випадках (у тому числі 8 у складі комбінованої терапії з іншим препаратом першого ряду), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) – 12 (2) випадків, діуретики – 11 (5) випадків, бета-адrenoблокатори (ББ) – 10 (5) випадків, блокатори кальцієвих каналів (БКК) – 8 (6) випадків.

Частота використання антигіпертензивних препаратів першої лінії для досягнення контролю АГ на рівні 130/80 мм рт. ст. була такою: іАПФ – у 3 (0) випадках, БРА – 2 (1) випадки, діуретики – 4 (1) випадки, ББ – 3 (1) випадки, БКК – 3 (2) випадки.

ПІДСУМОК

Контроль АТ при лікуванні АГ у пацієнтів нефрологічного профілю можна оцінити як незадовільний. Використання більш жорстких нормативів контролю АТ (<130/80 мм рт. ст. порівняно з <140/90 мм рт. ст.) приводить до чотирикратного зменшення частки випадків контролю АГ. Найчастіше контролю АГ вдавалося досягти при застосуванні іАПФ та діуретиків.



УДК 616.348.002.44:616.345-072.1-053

**Ю.М. Степанов,
О.В. Сімонова**

**ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОСКОПІЧНОЇ
КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ
НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ
ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНДЕРНИХ
І ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета роботи – вивчення ендоскопічної картини слизової оболонки (СО) товстої кишки (ТК) у хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) залежно від гендерних і вікових особливостей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ендоскопічне дослідження ТК проведено в 26 хворих на НВК, з них 14 жінок і 12 чоловіків, 19 – молодого (18-44 роки) і 7 – середнього віку (45-59 років).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При ендоскопічному дослідженні у всіх хворих виявлено типові ознаки захворювання у фазі загострення з різним ступенем активності (еритема, стертість судинного рисунка, геморагії, ерозії, виразки, псевдополіпи, контактна кровоточивість). Практично в половини пацієнтів (57,7%) виявлено ураження лівих відділів ТК, субтотальне й тотальне ураження спостерігалось у 30,8% хворих, ураження тільки прямої кишки – в 11,5%. При аналізі ендоскопічних ознак залежно від статі було виявлено, що частота ліво-бічного й тотального ураження НВК у жінок і чоловіків була практично однаковою, у той час, як частота виразкового проктиту мала тенденцію до збільшення в жінок ($p > 0,05$). Частота основних ендоскопічних ознак виразкового коліту,

таких як гіперемія, набряк, зернистий рельєф СО, стертість судинного рисунка, наявність геморагій, дефектів (ерозій, виразок), суттєво не відрізнялась, але псевдополіпи в чоловіків було виявлено втричі частіше, ніж у жінок ($p > 0,05$). Незважаючи на те, що частота кровоточивості СО ТК суттєво не відрізнялась, у жінок мала місце тенденція до збільшення частоти максимального ступеня цієї ознаки ($p > 0,05$), у той час, як у чоловіків суттєво вищою була частота мінімального ступеня кровоточивості ($p < 0,05$). Базуючись на цих даних, у жінок переважала частота вираженої ендоскопічної активності НВК ($p > 0,05$), у чоловіків – помірний ступінь ($p < 0,05$). Вивчення ендоскопічної картини хворих на НВК залежно від віку не виявило суттєвих розбіжностей.

ПІДСУМОК

Таким чином, у хворих на НВК жіночої статі виявлено тенденцію до збільшення частоти максимального ступеня кровоточивості СО ТК, що призвело і до збільшення частоти вираженої активності НВК, у хворих чоловічої статі мала місце тенденція до збільшення частоти псевдополіпів; суттєвих розбіжностей частоти ендоскопічних ознак залежно від віку не виявлено.



**Ю.М. Степанов,
Н.Ю. Ошмянська**

МІКРОСТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ЛІПІДНИХ КРАПЕЛЬ У ХВОРИХ НА ХГС ТА ЖХП

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Виконано морфологічний аналіз біопсійного матеріалу печінки 22 хворих на ХДЗП та стеатоз печінки. З метою аналізу мікроструктурних особливостей розподілу ліпідних крапель залежно від етіологічного фактору, було сформовано групу хворих на хронічний гепатит, асоційований з вірусом «С», (ХГС) та хворих на хронічну неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Морфологічний аналіз напівтонких зрізів печінки хворих на ХГС та НАЖХП дозволив виявити та проаналізувати такі показники: кількість ліпідотримуючих зірчастих клітин Іто та об'єм їх жирових крапель, стан та діаметр синусоїдів, наявність адгезії лімфоцитів та лейкоцитів, ядерно-цитоплазматичне відношення та каріометричні показники гепатоцитів. У групі ХГС кількість ліпідотримуючих зірчастих клітин, підрахованих у 5 послідовних полях зору, становила від 0 до 5 та відрізнялась залежно від стадії фіброзу печінки: при відсутності фіброзної тканини та на перших етапах розвитку фіброзу (F1) кількість виявлених ліпоцитів становила 3-4 клітини з чітко визначеним контуром та наявністю групи ліпідних крапель, у той час, як при пізніх стадіях фіброзу кількість виявлених ліпоцитів зменшувалась до 1-3 клітин. Проведені статистичні розрахунки підтверджують наявність при ХГС зворотнього кореляційного зв'язку між стадією фіброзу та кількістю виявлених зірчастих клітин на світлооптичному рівні ($r=-0,48$,

$p \leq 0,05$), у той час, як при НАЖХП таких зв'язків виявлено не було. Група ХГС характеризувалась у першу чергу гетерогенністю складу ліпідних крапель, а також гетерогенністю їх розміру. Так, за допомогою методики напівтонких зрізів, при НАЖХП були локалізовані ліпідні краплі бурштинового кольору, дрібні та середні ліпідні краплі бурого кольору та дуже дрібні прозорі краплі, які рівномірно заповнювали цитоплазму гепатоцитів. Дрібні ліпідні включення локалізувались також і на васкулярній поверхні гепатоцитів. Поряд з краплями, розташованими в гепатоцитах, техніка напівтонких зрізів дає змогу простежити процес руйнування клітин, що є неможливим при звичайній мікроскопії. Так, у випадках прогресуючого стеатогепатиту додатковим критерієм виступає активація апоптозу, внаслідок чого клітина самознищується, але великі ліпідні краплі залишаються у вигляді неупорядкованих накопичень у позаклітинному просторі.

ПІДСУМОК

Техніка напівтонких зрізів дає змогу проаналізувати процес накопичення ліпідів у гепатоцитах та відповідні цьому зміни їх структури. При цьому гетерогенність ліпідних крапель при ХГС, яка була виявлена в 100% випадків, може пояснюватись взаємодією вірусу з гепатоцитом, у той час, як при НАЖХП гетерогенність ліпідних крапель (виявлена в 36,7% випадків) найімовірніше за все є свідченням розтягнутого в часі процесу ліпідотворення.



УДК 616.61-002-036.87:616.62-008.6-055.2

**Н.М. Степанова,
Л.О. Лебідь**

**ВПЛИВ СТАНУ МІКРОБІОЦЕНОЗУ
СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ЖІНОК
НА ФОРМУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО
ПЕРЕБІГУ ПІЄЛОНЕФРИТУ**

*ДУ «Інститут нефрології НАМН України»
вул. Дегтярівська, 17-В, Київ, 04050, Україна*

Порушення у складі мікробіоценозу урогенітального тракту (УГТ) може сприяти колонізації слизової оболонки уропатогенними збудниками та розвитку рецидивів пієлонефриту (ПН). Нами було висунуто припущення, що дефіцит індигенної мікробіоти УГТ сприяє декомпенсації факторів місцевої резистентності та системи імунітету, у зв'язку з чим створюються сприятливі умови для виникнення рецидиву. Саме тому визначення впливу етіологічних чинників на розвиток рецидивуючого перебігу захворювання є головним предметом нашого дослідження.

Мета – на основі визначення стану мікробіоценозу сечостатевої системи жінок розробити прогностичні критерії формування рецидивів ПН.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проспективне рандомізоване дослідження за участю 175 пацієток, яких було розподілено на 2 групи залежно від кількості рецидивів: I – основну групу (n=98) склали жінки з рецидивуючим перебігом пієлонефриту (рПН), II – (n=77) пацієтки зі спорадичним перебігом захворювання.

Середній вік жінок I групи становив 32,9±12,8 року, у II – 30,3±11,7 року (p=0,18), тривалість захворювання в основній групі в середньому становила 6,4±5,9 року, у групі порівняння – 5,7±5,4 року (p=0,42). Середня кількість рецидивів протягом року в пацієток основної групи становила 6,0±2,9, у групі порівняння – 1,5±0,5 року (p<0,001).

Усім пацієткам проводилось культуральне дослідження сечі, мазків з піхви, зіскрібків із слизових оболонок уретри та цервікального каналу, а також визначення показників місцевого імунітету.

Статистичну обробку отриманих результатів проведено за допомогою програм «Statistica 10,0 for Windows» та «MedCalc». Використовували критерій Стьюдента (kS), медіану (Me), інтерквартильний розмах [Q25-Q75], непараметричний (U-критерій) Манна-Уїтні, метод Пірсона (r), кореляційний аналіз за Спірменом (ρ), таблиці спряженості 2x2.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Визначено, що в жінок з рПН, порівняно з хворими зі спорадичним перебігом захворювання, достовірно частіше спостерігаються запальні захворювання геніталій (p<0,0001).

У разі рПН зменшується частота ідентифікації *E. coli* (p=0,02) та збільшується частка представників грампозитивної флори до 79,6% у різному біологічному матеріалі жінок (p=0,03); наявність *E. faecalis* в уретрі та піхві жінок достовірно збільшує частоту рецидивів захворювання (p=0,02).

Встановлено, що порушення еубіозу піхви жінок з рПН (зниженням частки *Lactobacillus spp.* у загальній бактеріальній масі піхви (p<0,0001)) достовірно корелює з кількістю рецидивів захворювання.

Лабораторним предиктором рПН є % *Lactobacillus spp.* у складі мікрофлори піхви ≤49% (відношення шансів 3,6 [95% CI 1,6; 7,8]).

ПІДСУМОК

У пацієток з рПН достовірно частіше діагностується порушення еубіозу піхви зі збільшенням частки грампозитивних мікроорганізмів та дефіцитом *Lactobacillus spp.* у загальній бактеріальній масі піхви, наявність яких є незалежним предиктором формування рецидивуючого перебігу захворювання.



**М.В. Стойкевич,
Н.В. Недзвецька,
І.В. Псарьова,
М.В. Слободенюк**

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета роботи – вивчити вікові та гендерні особливості клінічної картини хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 40 хворих на ХЗЗК, у тому числі 27 пацієнтів з неспецифічним виразковим колітом (НВК) та 13 – із хворобою Крона (ХК), з них 23 жінки та 17 чоловіків середнім віком $39,7 \pm 2,6$ та $35,4 \pm 2,5$ року відповідно. Всі хворі були розподілені на групи залежно від нозології, статі та віку (відповідно до класифікації ВОЗ: від 25 до 44 років - молодий вік, 45-59 років - середній вік).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість ХЗЗК в обстежених пацієнтів коливалась від 6 місяців до 26 років. Середня тривалість захворювання при ХЗЗК становила $5,9 \pm 0,9$ року та була достовірно менша в жінок, ніж у чоловіків ($4,3 \pm 0,7$ року проти $8,1 \pm 1,8$ року), але залежно від нозології відповідно до вікових та гендерних особливостей не мала достовірної різниці. Короткий анамнез захворювання (до 1 року) спостерігався в 9 (22,5%) хворих: 6 (22,2%) при НВК та 3 (23,1%) – при ХК. У 75,9% хворих молодого віку незалежно від нозології спостерігався середній ступінь тяжкості захворювання. Навпаки, у пацієнтів середньої вікової категорії переважав тяжкий перебіг хвороби (63,3% при ХЗЗК, 57,1% - НВК, 75% - ХК). Щодо гендерних особливостей, тяжкий ступінь достовірно частіше зустрічався в чоловіків з ХК, ніж у жінок (80% проти 12,5% відповідно). Для всіх хворих були характерні скарги на диспепсичні явища та абдомінальний біль. Найчастішою локалізацією болю були здухвинні ділянки, без достовірних відмінностей залежно від статі. Послаблення стільця, домішки слизу та крові в калі спостерігалися в більшості пацієнтів з деяким переважанням при НВК, на тлі більшої частоти тенезмів при цій нозології (41,7% у чоловіків та

73,3% у жінок). Аналізуючи особливості клінічних симптомів залежно від віку, виявили, що метеоризм зустрічався частіше в пацієнтів середньої вікової категорії незалежно від нозології. Навпаки, больовий синдром був більш виражений у хворих молодого віку (біль у лівій здухвинній ділянці: при НВК у 80% хворих молодого віку проти 57,1% середнього віку, при ХК – 66,7% та 0% відповідно; біль у правій здухвинній ділянці при НВК у 70% хворих молодого віку проти 57,1% середнього віку, при ХК – 66,7% та 25% відповідно). Майже у всіх хворих виявлена сполучена гастроентерологічна патологія. Частота супутньої патології панкреатобіліарної системи зростала з віком незалежно від групи (хронічний холецистит: при НВК у 65% хворих молодого віку проти 85,7% середнього віку, при ХК – 66,7% проти 100% відповідно; хронічний панкреатит: при НВК у 70% хворих молодого віку проти 100% середнього віку, при ХК – 55,6% проти 100% відповідно). Достовірні відмінності були виявлені щодо анемії, яка частіше зустрічалась у жінок у загальній групі та при НВК (при ХЗЗК у 47,8% жінок проти 17,7% у чоловіків та при НВК – 60% проти 8,3% відповідно).

ПІДСУМОК

Таким чином, аналіз проведених клінічних досліджень показав, що в чоловіків з ХК тяжкий перебіг зустрічався достовірно частіше, ніж у жінок, а при НВК жінки більш схильні до анемії, ніж чоловіки. У клінічній картині хворих молодого віку переважав больовий синдром, на відміну від середньої вікової категорії пацієнтів, для яких були більш характерні диспепсичні розлади. Також виявлено збільшення супутньої панкреатобіліарної патології та тяжкого перебігу захворювання з віком як при НВК, так і при ХК.



УДК 616.72-002-57.018.5:577.112

Т.М. Тарасенко

**КОРЕЛЯЦІЯ РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА
ТА МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ
КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ
У ХВОРИХ НА ГОНАРТРИТ**

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І.Мечникова»
пл. Соборна, 14, Дніпро, 49000, Україна*

Остеоартрит (ОА) – найчастіше захворювання суглобів у багатьох популяціях земної кулі. Останнім часом показано зміни перебігу ОА за наявності супутнього остеопорозу.

Мета – визначити взаємозв'язок рівня С-реактивного протеїну (СРП) та рівня мінеральної щільності кісткової тканини (МЩК) у хворих на гонартрит.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

На базі обласної консультативної поліклініки КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова» обстежені 140 хворих на гонартрит II–III рентгенологічної стадії за Kellgren–Lawrence. Середній вік усіх хворих становив $55,28 \pm 0,80$ року. Надлишкову вагу мали 86,42% хворих. Індекс маси тіла в середньому становив $30,18 \pm 0,43$ кг/м². Тривалість захворювання в середньому становила $6,75 \pm 0,42$ року. На початок дослідження 69,3% хворих знаходились у періоді менопаузи. У переважної більшості пацієнтів відмічався виразний больовий синдром. На початку дослідження середнє значення болю за ВАШ у спокої становило $49,83 \pm 8,81$ мм, при ходьбі – $62,67 \pm 11,69$ мм. За класифікацією Kellgren–Lawrence, 55% хворих мали II і 45% хворих – III рентгенологічну стадію гонартриту. Обстеження хворих включало оцінку болю та

функціональних порушень за шкалою ВАШ та індексами Лекена і WOMAC, визначення СРП, ультразвукову денситометрію п'яткової кістки з використанням приладу Achilles (LUNAR) або двоенергетичну рентгенівську абсорбціометрію.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні дослідження стану МЩКТ у 140 хворих на гонартрит було виявлено, що 78 хворих (55,7%) мали зменшену мінеральну щільність кістки. При цьому зниження мінеральної щільності кістки до показників остеопенії було визначено в 51 хворого (36,4%), остеопорозу – у 27 хворих (19,3%). Рівень СРП був істотно вищим ($p < 0,0001$) у пацієнтів зі зменшеною МЩКТ порівняно з нормальною ($6,32 \pm 1,67$ мг/л і $4,74 \pm 0,75$ мг/л відповідно), у середньому на 33,3%. У той час як рівень ШОЕ в обох групах пацієнтів достовірно не відрізнявся. У результаті дослідження виявлений помірний зворотний кореляційний зв'язок показників МЩКТ та рівня СРП ($r = -0,402$).

ПІДСУМОК

Було встановлено, що у хворих на гонартрит зі зменшеною МЩКТ спостерігався на 33,3% вищий рівень СРП, що асоціювалося з більш тяжким перебігом захворювання.



**О.М. Татарчук,
Н.В. Недзвецька**

СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК) ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТА СТАТІ

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета роботи – дослідити стан мікробіоценозу товстої кишки (ТК) у хворих на ХЗЗК залежно від віку та статі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено мікробіологічне обстеження 39 хворих на ХЗЗК. Усі хворі були розподілені на групи залежно від статі: 16 чоловіків та 23 жінки. Крім того, хворі були розподілені на групи залежно від віку: молодий вік – 28 пацієнтів та середній вік – 11 пацієнтів. Дослідження видового та кількісного складу мікрофлори вмісту товстої кишки проводили методом посіву десятикратних розведень (10^{-1} – 10^{-9}) на стандартний набір селективних та диференційно-діагностичних поживних середовищ для виділення аеробних та анаеробних мікроорганізмів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведені мікробіологічні дослідження вмісту ТК у хворих на ХЗЗК показали наявність глибоких змін якісного та кількісного складу мікрофлори в 100,0% хворих. Субкомпенсована форма дисбіозу переважала в чоловіків (68,7%), декомпенсована – у жінок (43,5%). Дисбіотичні порушення, головним чином, були зумовлені різким зниженням чисельності основних симбіонтів та зростанням концентрації умовно-патогенної мікрофлори. Зниження рівня біфідобактерій спостерігалось у 7 (43,8%) чоловіків та в 14 (60,9%) жінок, знижена концентрація лактобактерій виявлена в половини чоловіків та в 17 (73,9%) жінок. Умовно-патогенні ентеробактерії родів *Enterobacter* зустрічались у 18,9% чоловіків та 8,7% жінок, *Klebsiella* – у 25,0% чоловіків та 21,7% жінок, *Citrobacter* – у 6,3% чоловіків та 4,4% жінок. Крім того, лише в жінок було виділено *Proteus* (13,1%) та патогенний стафілокок (8,7%). У 37,5% обстежених чоловіків та в 47,5%

жінок був підвищений рівень дріжджоподібних грибів роду *Candida*. Майже в 12,6% чоловіків та в 17,4% жінок висівали гемолітичні біовари кишкової палички, при цьому в половині випадків спостерігалось їх домінування над кишковою паличкою з нормальною ферментативною активністю. Аналіз досліджених показників за нозологіями виявив різницю у вираженості дисбіотичних порушень між хворими на НВК та ХК. Так, у чоловіків з хворобою Крона (ХК) (60,0%) домінувала декомпенсована форма дисбіозу, при неспецифічному виразковому коліті (НВК) – субкомпенсована (81,8%). У жінок, хворих на ХК та НВК, переважав дисбіоз II та III ступеня. Серед хворих молодого віку переважали пацієнти із субкомпенсованою формою дисбіозу: ХЗЗК – 60,7%, ХК – 44,5%, НВК – 68,4%. Тоді як у хворих середнього віку переважали пацієнти з декомпенсованою формою дисбіозу: ХЗЗК – 54,5%. У групі хворих середнього віку вищою була частота виділення дріжджоподібних грибів роду *Candida*: ХЗЗК – 54,6%, ХК – 75,0% та НВК – 42,9%. Частота виявлення умовно-патогенних ентеробактерій була майже однаковою у хворих на ХЗЗК молодого та середнього віку: 39,3% та 36,4% відповідно.

ПІДСУМОК

Виявлена залежність змін складу мікрофлори товстої кишки у хворих від віку та статі. У хворих молодого віку переважали пацієнти із субкомпенсованою формою дисбіозу. У хворих середнього віку переважали пацієнти з декомпенсованою формою дисбіозу. З віком зростала частота виявлення гемолітичних біоварів кишкової палички та грибів роду *Candida*. Субкомпенсована форма дисбіозу переважала в чоловіків, декомпенсована – у жінок.



УДК 616.36-036.1-031.81:612.017

**О.М. Татарчук,
В.Б. Ягмур,
С.Л. Меланіч**

**ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ
ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета роботи – вивчити особливості стану імунної системи у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) різної етіології при формуванні і прогресуванні стеатозу та фіброзу печінки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під спостереженням знаходились 68 хворих на ХДЗП. Всі обстежені хворі були розподілені на групи залежно від етіологічних факторів при формуванні та прогресуванні стеатозу та фіброзу печінки: I групу склали 36 пацієнтів на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП); II група представлена 13 хворими на хронічний вірусний гепатит, асоційований з вірусом “С” (ХГС), у III групу увійшли 14 пацієнтів з алкогольною хворобою печінки (АХП), у IV групу – 5 пацієнтів з токсичним гепатитом (ТГ). Субпопуляційний склад лімфоцитів визначали за допомогою моноклональних антитіл фірми “Сорбент ТМ” до молекул CD3, CD19, CD4, CD8, CD16. Мононуклеарні клітини виділяли з периферичної венозної крові пацієнтів у градієнті щільності 1,077 г/см.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 75,0% (27 із 36 хворих) I групи, у 61,6% (8 із 13 хворих) II групи та в 71,4% (10 із 14 хворих) III групи встановлено вірогідно знижений відносний вміст Т-загальних лімфоцитів. Тоді як у IV групі ці зміни були невірогідні. У 83,3% (30) хворих I групи, у 76,9% (10) хворих II групи, у половини хворих III групи та в 60,0% (3) хворих

IV групи спостерігаємо значне зниження Т-хелперної субпопуляції. Треба відзначити, що в I, II та III групах це зниження вірогідне порівняно з контрольною групою. У хворих I, II та III груп визначена тенденція до зниження CD16+. Тоді як у IV групі хворих встановлено вірогідне зниження його рівня (в 1,4 та 1,6 рази, $p < 0,05$) відносно I групи та контролю відповідно. Виявлене в результаті дослідження зниження відносних показників CD3+, CD4+, CD8+, CD4/CD8 свідчить про недостатність клітинного імунітету у хворих I групи, що, можливо, сприяє формуванню стеатозу у хворих на ХДЗП. Більш глибокі порушення імунорегуляції в 69,2% хворих II групи вказують на персистенцію HCV і як наслідок – розвиток фіброзу. У 55,6% хворих I групи, у всіх – II та в 78,6% - III груп рівень ЦІК був вірогідно підвищений ($p < 0,05$). У II групі рівень ЦІК вірогідно підвищено відносно I групи (в 2,0 рази, $p < 0,05$) та IV групи (в 2,1 разу, $p < 0,05$).

ПІДСУМОК

У 83,3% (30) хворих I групи, у 76,9% (10) хворих II групи, у половини хворих III групи спостерігаємо значне зниження Т-хелперної субпопуляції. Недостатність клітинного імунітету у хворих I групи сприяє формуванню стеатозу у хворих на ХДЗП. Виявлені більш глибокі порушення імунорегуляції в 69,2% хворих II групи вказують на персистенцію HCV і як наслідок – розвиток фіброзу.



**І.В. Тищенко,
О.О. Бондарева,
Т.Л. Крайняк,
О.В. Романенко,
М.Ю. Дольник**

ОСТЕОПОРОЗ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОЧИМА ПАЦІЄНТІВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 9» ДОР

пр. Мануйлівський, 29, Дніпро, 49023, Україна

Мета дослідження – проаналізувати частоту окремих факторів ризику (ФР) остеопорозу, ознайомленість з проблемою остеопорозу (Ос) та ставлення хворих терапевтичного та ендокринологічного стаціонарів до його діагностики, профілактики та лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Випадково обраним пацієнтам, госпіталізованим у листопаді 2017 р. – січні 2018 р. з приводу таких захворювань: гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС), цукровий діабет (ЦД), гіпотиреоз, цироз печінки, хронічний панкреатит, було запропоновано заповнити, за їх згодою, оригінальну, розроблену авторами анкету. Анкета включала питання щодо віку, статі, антропометричних даних, наявності супутніх захворювань та ФР Ос, а також стосовно обізнаності з питань діагностики та лікування Ос. Було роздано 50 анкет. 8 осіб не змогли відповісти на всі пункти й були виключені з дослідження. Оброблено 42 заповнені анкети. Середній вік хворих – $52,0 \pm 14,7$ року (23;78); чоловіків (Ч) – 6 (14,3%), жінок (Ж) – 36 (85,7%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

23,8% опитаних (1 Ч, 9 Ж) виявились у віці більше 65 років. 58,3% опитаних Ж перебували в менопаузі; передчасну менопаузу мали 8,3% всіх Ж (тривалість менопаузи $15,33 \pm 9,04$ року). 19% хворих (всі – жінки) мали в анамнезі тільки переломи, типові для Ос, з них перелом шийки стегна в 11,9% хворих. Тривало вживали ГК 21,4% хворих (всі – Ж). Тривало палили 19% осіб (5 – Ж, 3 – Ч). Вживали алкоголь понад норму 9,5% хворих (Ж – 2, Ч – 2). Виявлено такі хвороби, асоційовані з Ос: ревматоїдний артрит – 11,9%, ЦД 1 типу – 19,04%, ЦД 2 типу – 23,8%, порушення функції щитоподібної залози – 9,5%, хвороби шлунково-кишкового тракту – 11,9%. Про існування Ос чули 76,2% хворих. Джерела інформації: від лікарів – 31,2% (80% – лікарі-інтерністи, 20% – хірурги), з новин інтернету – 12,5%, з телепередач – 9,3%. Решта хворих не

повідомили, звідки їм відомо про Ос. 40,5% всіх опитаних уявляють собі Ос як «хворобу, яка потоншує кістки» (33,3%), виникає з віком (19,0%), спричинює переломи кісток (9,5%), зменшує зріст (7,1%), супроводжується болем у кістках (4,7%). Жоден хворий не здогадувався про вплив на виникнення та перебіг Ос таких ФР, як жіноча стать, менопауза, переломи кісток в анамнезі, вживання ліків (ГК), наявність супутніх хвороб внутрішніх органів та ендокринної системи, не вважає Ос причиною втрати працездатності. Знали, що Ос можна діагностувати, лише 23,8% опитаних. З них 40% чули про визначення щільності кістки, 10% – про визначення рівня кальцію крові, решта не знали як; 70% сподіваються, що такі дослідження існують в Україні. За сприятливих умов 42,8% хворих пройшли б обстеження (з них 22,2% – з метою розпочати профілактику Ос, 16,6% – розпочати лікування Ос, 72,0% – знати про стан здоров'я). Відмовляться від обстеження 57,2% (з них 54,2% не мають бажання і не бачать сенсу в діагностиці Ос, 37,5% посилаються на високу вартість досліджень, 12,5% не мають часу і не можуть дістатися до лабораторії). За наявності ФР 54,8% готові вжити заходів щодо профілактики хвороби (93,1% вважають цілком достатнім зміни харчування, 26,1% будуть боротися із супутніми хворобами, 21,7% готові збільшити руховий режим, 4,3% відмовляться від паління). Не готові проводити профілактику Ос 45,0% (з них 84,2% не мають бажання, 15,8% посилаються на фінансові труднощі). 50% опитаних сподіваються, що для лікування наявного Ос цілком достатнім буде вживання препаратів кальцію, ще 21,4% розраховують на ефект від вживання вітаміну Д₃.

ПІДСУМОК

Обстежені хворі мають ФР остеопорозу, переважно такі, як вік, жіноча стать, тривала менопауза, переломи кісток в особистому анамнезі, супутні хвороби. Проте хворі мають недостатнє уявлення про серйозність проблеми

остеопорозу, про можливості його діагностики, лікування та профілактики, що потребує

активних дій з боку лікарів всіх спеціальностей та самих пацієнтів.



УДК 616.61-002-036.1:616.62-022-08:615.281.9

*Є.О. Фролова,
М.А. Козачук,
Д.Д. Шпірко*

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІАЛЬНОГО СПЕКТРУ СЕЧІ ТА ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІСЛОНЕФРИТ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Збільшення розповсюдженості ІСС (інфекції сечової системи) є важливою медичною проблемою, актуальність якої зумовлена збільшенням кількості хворих з латентним перебігом захворювання, змінами мікробного спектру, частими рецидивами (30-50% за даними різних авторів), виникненням та прогресуванням хронічної ниркової недостатності (ХНП). Усе вищеперераховане призводить до збільшення економічних витрат на лікування та ведення хворих з ІСС.

Мета дослідження – визначення гендерних та вікових особливостей бактеріологічного спектра збудників у сечі у хворих на хронічний пієлонефрит та їх чутливості до антибактеріальних препаратів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження включало ретроспективний аналіз медичної документації 1658 пацієнтів зі встановленим діагнозом – хронічний пієлонефрит за період 2012-2016 рр. з оцінкою результатів мікробіологічного дослідження сечі. Робота виконувалась на базі нефрологічного відділення впродовж 2017 року. У досліджуваній групі спостерігалось 67,1% жінок (n=1112) та 32,9% чоловіків (n=546) у віці від 18 до 83 років (у середньому 48,01±16,47). З метою визначення спектра чутливості збудників ІСС до антибак-

теріальних препаратів були проаналізовані результати бактеріологічного дослідження сечі в пацієнтів з хронічним пієлонефритом, зібрані на фоні ознак активності запального процесу. Кількісне дослідження бактерій проводилось шляхом посіву матеріалу на тверді поживні середовища – агару. Визначали показник мікробного числа кожного виду бактерії та виділяли чисті культури за Bergey's.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Домінуючим збудником хронічного пієлонефриту виявлено: *E.coli* (33,1%), *E.faecalis* (18,7%). У чоловіків домінуючим збудником виявлено *E.faecalis* (23%), у жінок переважає *E.coli* (32%). Вік пацієнтів має прямий зв'язок з роллю *E.coli* у загостренні хронічного пієлонефриту, так, у пацієнтів більш літнього віку частота виявлення цього мікроорганізму достовірно зростає. За останні 5 років відмічається зростання резистентності вказаних збудників до макролідів та пеніцилінів, що потребує обов'язкового визначення чутливості збудників до цієї групи препаратів. Відмічається збереження чутливості *E.coli* до нітрофуранів, фторхінолонів і цефалоспоринов II покоління, що дозволяє рекомендувати ці АБП в якості терапії неускладнених та ускладнених ІСС.



**О.О. Ханюков,
Л.В. Сапожниченко,
А.С. Андрющенко**

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ТА РЕЦИДИВУ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Мета роботи – встановити основні фактори ризику розвитку та рецидиву тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) у пацієнтів, які перенесли ТЕЛА.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено ретроспективний аналіз 30 історій хвороб пацієнтів із верифікованим діагнозом ТЕЛА віком від 33 до 88 років (22 чоловіки та 8 жінок), які проходили стаціонарне лікування в КЗ «ДКОЦКК» ДОР» протягом 2015-2017 років. Усім хворим було проведено діагностичне обстеження та лікування відповідно до Рекомендацій ESC з діагностики та ведення пацієнтів з гострою емболією системи легеневої артерії 2014. З метою оцінки клінічного прогнозування ТЕЛА використовувалися валідизовані шкали Wells (2000 р.) та Geneva Prognostic Score (2008 р.). Хворим із порушенням ритму за типом фібриляції передсердь (ФП) неклапанного генезу також проведено оцінку ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) за шкалою CHA₂DS₂-VAS_c.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При госпіталізації серед скарг у пацієнтів із ТЕЛА переважали задишка (93,3%), серцебиття (56,7%), відчуття перебоїв у роботі серця (60%), кардіалгії (40%), головний біль (46,7%), запаморочення (70%). У 10 (33%) хворих мав місце хронічний рецидивуючий перебіг ТЕЛА. За шкалою Wells усі 10 пацієнтів мали проміжний ризик, за Geneva Prognostic Score – 8 хворих (80%) мали проміжний ризик, а 2 хворих (20%) – високий. Середній бал за шкалою Wells у хворих з рецидивом ТЕЛА становив 2,2 бала, у хворих без рецидиву – 1,25 бала, за шкалою Geneva Prognostic Score – 3,1 та 1,1 бала відповідно. Серед факторів ризику в пацієнтів з рецидивом ТЕЛА достовірно переважали – вік >65 років, чоловіча стать, наявність клінічних симптомів

тромбозу глибоких вен (ТГВ), частота серцевих скорочень (ЧСС) >100 уд. за хв., ТГВ або ТЕЛА в анамнезі. Порушення ритму за типом ФП було зареєстровано в 19 (63,3%) хворих, із них у переважній більшості – 13 (68,4%) встановлено перстистуючу форму ФП. Хворим із ФП було проведено оцінку ризику виникнення ТЕУ за шкалою CHA₂DS₂-VAS_c, яка становила в середньому 3,6 бала, та ризику виникнення геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLED – 2,1 бала. Серед показників переважали застійна серцева недостатність/дисфункція лівого шлуночка із фракцією викиду ≤40%, яка становила – 70%, артеріальна гіпертензія – 63,2%; судинні захворювання – 36,8%; жіноча стать – 36,8%; інсульт, транзиторна ішемічна атака або артеріальна тромбоемболія в анамнезі – 36,8%; вік ≥75 років – 21,1%; вік 65-74 роки – 15,8%; цукровий діабет – 10,5%. Пацієнти отримували лікування: 25 хворим (83,3%) проведено тромболізіс, 5 хворим (16,7%) – хірургічне лікування. Антикоагулянтну терапію отримували всі пацієнти: варфарин – 12 хворих (40%), рівароксабан – 17 хворих (56,7%), дабігатран – 1 хворий (3,3%). Ускладнень на фоні проведення антикоагулянтної терапії у вигляді малих або великих кровотеч не відмічалось.

ПІДСУМОК

Результати шкал Wells та Geneva Prognostic Score є рівнозначними – проміжний та низький рівень вірогідності мали майже в рівному співвідношенні більшість пацієнтів за обома шкалами, високий рівень вірогідності мали 2 пацієнти за шкалою Geneva Prognostic Score та 0 - за Wells. Основними факторами ризику виникнення та рецидиву ТЕЛА встановлено – наявність фібриляції передсердь, вік >65 років, чоловіча стать, наявність клінічних симптомів ТГВ, ЧСС>100 уд. за хв., ТГВ або ТЕЛА в анамнезі.



УДК 616.149:616.36.831:616.33.14-007.64:612.13

**М.В. Чалий,
І.Ю. Скурда****ГЕМОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ
ПЕЧІНКОВОЇ ТА ПОЗАПЕЧІНКОВОЇ
ФОРМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ***ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета – визначити особливості портального кровотоку в пацієнтів з печінковою та позапечінковою формами портальної гіпертензії (ПГ).

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено 240 хворим з дифузними захворюваннями печінки та патологією вен печінки віком $47,9 \pm 1,3$ року (142 чоловіки (59,2%) та 98 жінок (40,8%)), які проходили обстеження й лікування в Миколаївській обласній клінічній лікарні в 2015-2017 роках. Хворі були розподілені на групи: I склали 165 пацієнтів з печінковою формою ПГ (компенсований цироз печінки), II – 40 хворих з позапечінковою формою ПГ (тромбоз ворітної вени, хвороба Бадда-Кіарі, кардіосклероз, стан після хірургічних втручань на органах черевної порожнини), III – 35 осіб без портальної гіпертензії (хворі на хронічний гепатит різної етіології). Сонографічні дослідження виконувалися на ультразвуковому сканері експертного класу Siemens Acuson X150 з використанням допоміжних опцій, а саме доплерівського картування судин портальної системи. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами варіаційної статистики за допомогою SPSS 13.0 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що в пацієнтів з печінковою формою ПГ спостерігалось значне збільшення діаметра ворітної вени на 27,3% порівняно з показником III групи ($p < 0,01$). Також мало місце збільшення діаметра печінкової та селезінкової вен як порівняно з групою хворих з позапечінковою формою ПГ (в 1,6 та в 1,5 разу відповідно, $p < 0,01$), так і з пацієнтами без ПГ (в 1,8 та 1,6 разу відповідно, $p < 0,01$). Для хворих I групи характерним також було зниження лінійної швидкості кровотоку у ворітній вені на 27,0% порівняно з III групою ($p < 0,01$). Водночас спостерігалось підвищення лінійної швидкості крово-

току в печінковій та селезінковій венах в 1,5 та 1,2 разу відповідно порівняно з показниками II групи ($p < 0,05$), а також на 16,1% та на 22,5% відповідно порівняно з пацієнтами без ПГ ($p < 0,05$). Аналогічну картину відзначали щодо показника максимальної лінійної швидкості, а саме: суттєве зниження кровотоку по ворітній вені та збільшення – в печінковій та селезінковій венах. Об'ємна швидкість кровотоку у ворітній вені у хворих з печінковою формою ПГ на 32,5% була вищою, ніж у пацієнтів без ПГ. У печінковій вені цей показник був найменшим у II групі: в 2,7 та 1,8 разу порівняно з I ($p < 0,05$) та III групами відповідно. Водночас спостерігалось збільшення його в селезінковій вені як у пацієнтів з печінковою формою ПГ, так і позапечінковою її формою на 66,7% та 28,9% відповідно порівняно з хворими без ПГ. Індекс резистентності в печінковій вені був суттєво меншим у пацієнтів II групи: на 59,4% та 64,1% проти хворих I та III груп відповідно ($p < 0,01$). У селезінковій вені цей індекс також мав тенденцію до зниження серед хворих з позапечінковою формою ПГ. Відмічено достовірне зниження індекса пульсативності в печінковій вені у хворих II групи порівняно як з пацієнтами з печінковою формою ПГ (у 6,1 разу, $p < 0,01$), так і хворими без ПГ (у 5,1 разу, $p < 0,01$). Аналогічно спостерігали зниження серед пацієнтів II групи цього індексу і в селезінковій вені на 31,4% та 40,0% відповідно ($p < 0,05$).

ПІДСУМОК

Комплексне багатокомпонентне дослідження венозного кровотоку дозволило виявити різнонаправлені тенденції в портальній гемодинаміці в обстежених хворих, що може стати в подальшому підставою для диференційної діагностики печінкової та позапечінкової форм ПГ.



ЗНАЧЕННЯ ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»
майдан Волі, 1, Тернопіль, 46002, Україна*

Провідну роль у патогенезі розвитку гострого панкреатиту та його ускладнень відіграють мікроциркуляторні порушення. Важливим є визначення ролі ендотеліну в перебігу гострого панкреатиту як важливого фактора регуляції кровотоку та маркера ушкодження ендотелію судин.

Мета дослідження – визначити зміни рівня в крові ендотеліну-1 у динаміці перебігу гострого панкреатиту та встановити його вплив на тяжкість перебігу захворювання і розвиток ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для досягнення поставленої мети обстежено 64 хворих на гострий панкреатит. Усі обстежені були розподілені на 2 групи: 32 хворих з легким та 32 з тяжким перебігом гострого панкреатиту. Для порівняння отриманих результатів обстежено 32 особи без наявності соматичної патології та запальних захворювань впродовж останніх 6 місяців. Рівень ендотеліну-1 у крові визначався імуноферментним методом з використанням тест-систем фірми “Amercham Pharmacia Biotech”, Велика Британія, згідно з інструкцією до набору реактивів. Статистичну обробку даних здійснювали шляхом застосування методів дослідження випадкових величин та описової статистики. Вірогідність відхилення двох рядів значень обчислювали з використанням t-тесту Стьюдента для незалежних величин. Критичне значення рівня значущості (p) приймалося $\leq 5\%$. Для з'ясування впливу різних факторів на значення досліджуваних показників використовували однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA. Найбільш вагомими критеріями розподілу груп обстежуваних визначали за допомогою побудови класифікаційного дерева за CART-алгоритмом, використовуючи комп'ютерні програми Statistica v 10.0 (StatSoftInc.) та Microsoft® Excel 2007 у середовищі Windows XP Profesional SP3 на персональному комп'ютері.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що при легкому перебігу панкреатиту рівень ендотеліну-1 на початку захворювання був вищим ($8,47 \pm 0,11$ пг/мл) за зна-

чення здорових осіб ($4,34 \pm 0,08$ пг/мл) ($p < 0,05$) і поступово знижувався до моменту виписки хворого зі стаціонару до значень $5,39 \pm 0,10$ пг/мл. При тяжкому панкреатиті в перший день захворювання рівень ендотеліну-1 був високим ($10,15 \pm 0,18$ пг/мл) порівняно з групою здорових осіб ($p < 0,05$) і продовжував зростати на 3 добу ($11,31 \pm 0,23$ пг/мл) ($p < 0,05$). При виписці рівень ендотеліну залишається вище норми майже в 2 рази.

При побудові класифікаційного дерева за допомогою CART-алгоритму виявлено, що при значеннях рівня ендотеліну-1 на першу добу захворювання вище $9,55$ пг/мл має місце тяжкий перебіг захворювання. Тобто при таких значеннях показника можна прогнозувати розвиток у подальшому тяжкого панкреатиту. Чутливість тесту при цьому становить всього 66% , специфічність – 97% .

На третю добу захворювання при значеннях рівня ендотеліну-1 вище $8,45$ пг/мл можна стверджувати про розвиток тяжкого перебігу захворювання. Чутливість тесту при цьому становить 100% , специфічність – також 100% .

Також статистичний аналіз показав, що при зростанні рівня ендотеліну-1 зростають і прояви гемодинамічних порушень як у випадку легкого перебігу захворювання ($F(1,30)=48,85$; $p < 0,001$), так і при тяжкому панкреатиті ($F(2,29)=10,95$; $p < 0,001$). Зв'язок з розвитком недостатності паренхіматозних органів виявлено при зростанні рівня ендотеліну-1 у крові хворих на тяжкий панкреатит у перші 3 доби перебігу захворювання ($F(1,30)=9,03$; $p < 0,01$).

ПІДСУМОК

Нами встановлено, що при зростанні рівня ендотеліну-1 у крові хворих на гострий панкреатит зростає і тяжкість перебігу захворювання. Максимальний рівень цього показника при легкому перебігу гострого панкреатиту відмічається на 1 добу захворювання, тоді як при тяжкому перебігу захворювання максимальні показники ендотеліну-1 виявлені на 3 добу перебігу панкреатиту. Визначення рівня ендотеліну-1 у крові має важливе прогностичне значення. Так,

при високих значеннях цього показника вже на першу добу можна прогнозувати тяжкість перебігу гострого панкреатиту. Вплив ендотеліну на тяжкість перебігу гострого панкреатиту ймовірно пов'язаний зі встановленим зв'язком рівня цього показника з тяжкістю гемодинамічних порушень та недостатністю паренхіматозних органів. Таким чином, зростання рівня ендотеліну в крові можна вважати маркером розвитку поліорганної недостатності при гострому панкреатиті. Високі значення ендотеліну-1 при виписці зі стаціонару можуть призвести до порушень у мікроциркуляторному руслі, зокрема і в підшлунковій залозі, і, як наслідок, стати причиною хронізації патологічного процесу.

теліну в крові можна вважати маркером розвитку поліорганної недостатності при гострому панкреатиті. Високі значення ендотеліну-1 при виписці зі стаціонару можуть призвести до порушень у мікроциркуляторному руслі, зокрема і в підшлунковій залозі, і, як наслідок, стати причиною хронізації патологічного процесу.



УДК 616.12-008.331.1:613.25:547.917

*О.В. Шапаренко,
П.Г. Кравчун*

ЗМІНИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

*Харківський національний медичний університет
пр. Науки, 4, Харків, 61000, Україна*

Мета дослідження - оцінити зміни вуглеводного обміну у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в поєднанні з ожирінням

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідженні взяли участь 105 хворих, серед яких 56 жінок (53,33%) та 49 чоловіків (46,67%). Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на АГ із супутнім ожирінням (n=70), 2 групу – хворі АГ з нормальною масою тіла (n=35).

Учасникам дослідження було визначено рівень інсуліну крові натщесерце методом імуноферментного аналізу з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми DRG Instruments GmbH (Германія) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія), рівень глюкози глюкозооксидантним методом. Рівень несфатину-1 з використанням тест-системи фірми Human NES ELISA KIT (Китай) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієнтів на АГ із супутнім ожирінням рівень інсуліну крові був достовірно вищим $18,28 \pm 0,31$ мкОД/мл, ніж у хворих на АГ з

нормальною масою тіла $14,67 \pm 0,29$ мкОД/мл ($p < 0,05$). При порівнянні з хворими контрольної групи виявлено достовірне підвищення рівня інсуліну крові у хворих на АГ з ожирінням і нормальною масою тіла $18,28 \pm 0,31$ та $14,67 \pm 0,29$ мкОД/мл відповідно проти $8,46 \pm 0,34$ мкОД/мл ($p < 0,05$).

За рівнем глюкози крові натщесерце у хворих 1 групи не було встановлено статистичної різниці порівняно з пацієнтами 2 та контрольної груп ($4,38 \pm 0,12$ ммоль/л проти $3,96 \pm 0,16$ ммоль/л та $4,08 \pm 0,14$ ммоль/л відповідно) ($p > 0,05$).

Задля оцінки наявності та ступеня виразності інсулінорезистентності було обраховано індекс інсулінорезистентності НОМА. Виявлено достовірне підвищення індексу НОМА у хворих на АГ із супутнім ожирінням порівняно з хворими з нормальною масою тіла, $6,12 \pm 0,14$ та $4,39 \pm 0,12$ відповідно ($p < 0,05$), та з пацієнтами контрольної групи – $1,87 \pm 0,11$ ($p < 0,001$).

За результатами кореляційного аналізу виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем інсулінемії та несфатину-1 в усіх групах, найбільш тісний у хворих на АГ із супутнім

ожирінням – $r=0,58$ ($p<0,01$) порівняно із хворими на АГ без ожиріння – $r=0,47$ ($p<0,01$)

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження було визначено такі зміни вуглеводного обміну:

1. Наявність у хворих на супутнє ожиріння гіперінсулінемії, що може вказувати на наявність у хворих з АГ проявів латентної гіперінсулінемії

навіть за відсутності встановленого діагнозу ожиріння.

2. Наявність у хворих на АГ з ожирінням зниженої чутливості периферійних тканин до інсуліну.

3. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем інсулінемії та несфатину-1 у хворих на АГ з ожирінням.



УДК 616.24-007.272-036.1/3:577.115.7:622.271.2-058.234.2

М.О. Шохова

РИЗИК ДИСЛІПІДЕМІЇ В ПРАЦІВНИКІВ ПІДЗЕМНОГО ВИДОБУВАННЯ ЗАЛІЗНОЇ РУДИ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»
вул. Виноградова, 40, Кривий Ріг, 50096, Дніпропетровська обл., Україна*

Мета – визначити ризик дисліпідемії в гірників, хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) першої та другої стадії із супутньою артеріальною гіпертензією (АГ) першого та другого ступеня або без АГ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Клініко-інструментальні, лабораторні, санітарно-статистичні, епідеміологічні, медико-статистичні. Основна група – 125 гірників хворих на ХОЗЛ першого та другого ступеня (середній стаж працівників становив $21,9\pm 0,6$ року, середній вік $52,5\pm 0,7$ року) та контрольна група – 55 чоловіків (26 чоловіків, 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 за відсутності ХОЗЛ), середнім віком $50,7\pm 1,0$ рік. Вибір пацієнтів для дослідження проводилося методом випадкової вибірки, що відповідає 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 ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі отриманих результатів найбільш показовим став індекс атерогенності (ІА). По-перше, як інтегральний показник, по-друге, аналізувався за ймовірність виходу за межі норми, а не порівняння середніх контроль-дослід. ІА вище за 3 був у 66,4% пацієнтів з об'ємом форсованого видиху за 1 сек. (ОФВ₁) менше 62% (всього кількість спостережень – 47, кількість пацієнтів з індексом атерогенності більше за 3 – 46), а ризик становив 0,978; у пацієнтів з ОФВ₁ від 62 до 75% (всього кількість спостережень – 24, кількість більше 3 – у 15) ризик становив 0,625; у пацієнтів з ОФВ₁ більше 75% ризик становив 0,69 (всього кількість спостережень – 29, кількість більше 3 – у 20). Тобто найбільший ризик дисліпідемії у хворих з ОФВ₁ менше 62%. При підрахунку ІА при наявності АГ (кількість спостережень – 125 при кількості випадків – 77) атрибутивний ризик (AR) становив 0,616, відносний ризик (RR) 2,9* (достовірно каппа 95%) та етіологічної частки (EF,%) АГ при наявності ХОЗЛ у 65,5%. Залежно від стадії АГ виявлено, 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 каппа 95%) та етіологічної частки (EF, %) АГ у 47,4%; При АГ другого ступеня (кількість спостережень – 88 при кількості випадків – 75) $AR=0,85$, $RR=4,0$ (достовірно каппа 95%) та $EF=75\%$. Тобто найбільший ризик дисліпідемії у хворих на АГ другого ступеня.

При підрахунку ІА залежно від наявності ХОЗЛ (кількість спостережень – 125 при кількості випадків – 60) атрибутивний ризик (AR) становив 0,48. При наявності АГ за відсутності ХОЗЛ (кількість спостережень – 30, кількість випадків – 23) $AR=0,77$. Залежно від стадії ХОЗЛ виявлено, що при ХОЗЛ першої стадії (кількість спостережень – 43 при кількості випадків – 21)

$AR=0,48$, (достовірно каппа 95%); При ХОЗЛ другої стадії (кількість спостережень – 49 при кількості випадків – 39) $AR=0,79$, $RR=1,03$ та $EF=3\%$ (достовірно каппа 95%). Тобто найбільший ризик дисліпідемії у хворих на ХОЗЛ другої стадії.

ПІДСУМОК

Найбільший ризик дисліпідемії у працівників підземного видобування залізної руди, що мають АГ другого ступеня та ХОЗЛ другої стадії. Визначення ризику дисліпідемії дає підставу для подальшої розробки методів своєчасної діагностики та впровадження комплексу заходів, спрямованих на запобігання розвитку дисліпідемії як основного з факторів розвитку атеросклерозу та ІХС у працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості.



UDC 616.127-005.4-008.313-036.3

*Yu. Kushnir,
K. Kolesnyk,
K. Tolkachova,
V. Mukhina,
N. Demkova*

RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND CORONARY HEART DISEASE

*SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Atrial fibrillation (AF) is one of the most common forms of arrhythmias, which leads to acute stroke and has a negative social significance. Every fifth case of stroke is due to the presence of atrial fibrillation. It is known, that spread of comorbidity is associated with age. According to literature, the prevalence of atrial fibrillation is also increasing with age: almost 10% of people over the age of 80 suffer from AF. The study of risk factors and comorbidity in patients with atrial fibrillation of non-valvular genesis requires a detailed analysis.

The aim of the study was to evaluate the risk factors and the incidence of comorbidity in patients

with coronary heart disease depending on the presence of atrial fibrillation.

MATERIALS AND METHODS

A retrospective analysis of 222 case histories of illnesses of patients with coronary heart disease who undergo inpatient treatment, aged from 39 to 88 years, has been conducted. Depending on the presence of atrial fibrillation, all patients were divided into 2 groups: group 1 (main) – patients with coronary heart disease with atrial fibrillation (n=105), group 2 (comparison) – patients with coronary heart disease without atrial fibrillation (n=117).

RESULTS AND DISCUSSION

In the group of patients without AF, the proportion of patients with inherited exacerbations of coronary heart disease was 64.29%, while in the main group – 25.0%, the differences did not reach the statistically significant level, but this relationship is confirmed by the results of the rank correlation analysis – between the presence AP and heredity there was revealed a significant weak feedback – $c = -0.21$ ($p < 0.05$). The diseases that were observed in the examined patients with coronary artery disease present acute violation of cerebral circulation, angina pectoris, acute myocardial infarction, hypertension, diabetes, pathology of the kidneys and

the thyroid gland, diastolic dysfunction and obesity. The groups differed in the proportion of patients with stroke – in the group with AF, It was significantly ($p = 0.002$) higher – 23.81%, as compared to 8.55% in the comparison group.

CONCLUSIONS

The presence of atrial fibrillation in patients with coronary heart disease is associated with a high degree of comorbidity. First of all, with the combination of coronary heart disease and atrial fibrillation, a high incidence of hypertension, diabetes mellitus, obesity, acute stroke, kidney disease and thyroid gland is established.



UDC 616.72-002.77-085:616.1-084

L.V. Mikulets

STATIN THERAPY FOR THE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

*Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»
Chernivtsi, 58000, Ukraine*

Cardiovascular disease (CVD) is a major cause of mortality in rheumatoid arthritis (RA). In the literature are conflicting data on the use of statins in patients with RA, indicating a lack of attention to the issue of prevention of CVD in this category of patients.

The aim of the study was to improve the efficiency of the treatment of rheumatoid arthritis by including basic treatment rosuvastatin.

MATERIALS AND METHODS

The study included 43 patients with RA. A survey conducted by the protocol patients (DAS28 index, visual analog scale (VAS), morning stiffness). The study of lipid metabolism include: determining the level of total cholesterol (total cholesterol), HDL cholesterol (HSLPVSCH) and low density (HSLPNSCH), atherogenic index (AI), triglycerides (TG). Total cardiovascular risk assessment was performed using a table SCORE. Surveyed patients

divided into groups: primary ($n = 20$) (basic therapy and rosuvastatin, 10 mg 1 time per day) and comparison ($n = 23$) (basic therapy that included methotrexate, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids in medium therapeutic doses).

RESULTS AND DISCUSSION

As a result of the treatment found that patients with a primary and group comparison, there was a positive dynamics of clinical indicators of inflammatory activity (DAS28, VAS, morning stiffness). In the study group experienced a significant decrease ($p < 0.05$) at the same time as in the comparison group had a tendency to decrease. Noted a reduction parameters: CRP ($\Delta_1 37\%$ main group and the comparison group $\Delta_2 21\%$), ESR ($\Delta_1 39\%$ and $\Delta_2 26\%$ respectively). Also noted the changes in the lipid profile. Significantly decreased in the study group performance total cholesterol ($\Delta_1 31\%$ versus

Δ_2 15%), HSLPNSCH (Δ_1 19% against Δ_2 8%) and IA (Δ_1 29% and Δ_2 16% respectively).

CONCLUSIONS

Inclusion in the complex therapy of patients with RA statins contributes to a significant reduction in total cholesterol, LDL cholesterol, and positively affects the activity of the process, reducing the levels

of acute phase proteins. Additional indications for the purpose of statins have high activity process and late onset. The use of statins in RA, given their lipid-lowering and anti-inflammatory effects, may be an effective means for the successful prevention of cardiovascular complications.



UDC 616.34-008.1:616.132.2-07

*A.O. Nesen,
O.V. Izmailova*

**THE COMBINATION
OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE
WITH CORONARY ARTERY DISEASE:
A NON-INVASIVE METHOD OF DIAGNOSIS**

*SI «National Institute of Therapy named after L.T. Malaya of the NAMS of Ukraine»
Maloi av. 2A, Kharkiv, 61000, Ukraine*

Nowadays, by a base for development of base recommendation for diagnostics and therapy of internal disease the international results of medical science and practice must be integrated from authentication of combinations (comorbidity) most widespread chronic non-communicable disease, that have serious consequences at level population.

Objective - it is proved that the combination of gastroesophageal reflux disease (GERD) and coronary artery disease (CAD) is mutually aggravating pathological conditions that negatively affect such indicators as sleep and psycho-emotional state of the patient.

MATERIALS AND METHODS

We have examined 94 patients with isolated GERD and GERD in combination with coronary heart disease (CHD). All patients were divided into two groups: the first included 65 patients with a combination of GERD and CHD, the second - 29 patients with isolated GERD. The first group included 54 men (83%) and 11 women (17%). The age of patients in the first group varied from 32 to 89 years; the mean age (61.57 ± 11.37) years. The second group included 17 men (59%) and 12 women (41%). The age of patients in the second group

varied from 34 to 79 years; the mean age was (59.52 ± 11.18) years.

In the process of research there were used clinical and instrumental, laboratory-biochemical and statistical methods.

RESULTS AND DISCUSSION

Sleep disorders are found in 61.54% patients with a combination of GERD and CAD and depend on the age, length of CAD, body mass index (BMI) and the severity of GERD. In 73.84% of patients with comorbid pathology obstructive sleep apnea (OSA) was diagnosed, which severity depends on the age, BMI, the severity of clinical, endoscopic manifestations of GERD and CAD length. With the combination of GERD and CAD significant violations of dopplerographic parameters of blood flow in the area of the lower esophageal sphincter are observed: reducing of speed performance and increased resistance indices of the arteries responsible for its blood supply – the celiac trunk and the superior mesenteric artery. The received data prove that chronic ischemia of the lower third of the esophagus caused by CAD affects the morphological state of its mucous and muscular walls and endoscopic form of GERD.

CONCLUSIONS

1. It is proved that patients with a combination of GERD and CAD have a significant decrease in the level of M, which adversely affects the severity of morphological manifestations of GERD. The relationship between the level of M metabolite – 6-COM and the form of GERD (not erosive or erosive) and endoscopic stage of erosive GERD was stated.

2. The relationship between M levels and the severity of OSA was identified. The formulated non-invasive method for the diagnosis of endoscopic form of GERD was developed and can be used as an alternative to invasive endoscopic technique for assessing and monitoring the severity of GERD for patients with concomitant CAD.



UDC 616.24-002-02:616.36-002

R. Razumnyi

ETIOLOGY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN COMBINATION WITH HEPATIC STEATOSIS

*SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Etiology monitoring of community-acquired pneumonia (CAP) with consideration of modifying factors as a background of chronic pathology. It gives us a possibility to predict the probable causative agent and the prescription of rational antibiotic therapy.

266 patients were examined with CAP (men - 142, women - 124) aged 18-55 years. Moderate severity of CAP has been in 182 patients (68.4%), severe in 84 (31.6%). All patients were divided into two representative groups: group I (164 patients) in which the CAP was combined with hepatic steatosis (HS), group II (102 patients) without chronic liver disease.

Microbial etiology of CAP was confirmed in 88 patients (53.7%) group I and 52 (51%) group II. The dominant etiological factor of CAP, combined with HS were *Str. pneumoniae* and *H. Influenza*, which were identified in 50 and 29 patients, it is 29.4% and 17.1% concerning to total amount of diagnosis of pathogenic factors of CAP. *M. pneumoniae* was identified in 21 patients (12.4%) in I group and 7 patients (9.0%) in II group, *Chlamydo-phylapneumoniae* - in 10 (5.9%) and 5 (6.4%) patients, *S.*

aureus - in 17 patients (10%) in group I and 7 patients (9.0%) in group II. Gram-negative infection *Enterobacterium* family was registered in 25 patients (14.7%) in group I and 10 patients (12.8%) in group II.

In I group pathogens monoculture identified in 37 patients (42.0%), in 51 patients (58.0%) agents of CAP were microbial association (MA), which was more often in 1.38 times ($p < 0,05$). The II group, and vice versa, CAP pathogens monoculture was detected in 1,89 times ($p < 0,05$) more often than MA about 34 (65.4%) and 18 (34.6%) patients. In the intergroup comparison the patients from I group in 1.7 times more often were identified MA.

It was established that the MA included representatives of two-four types of bacteria, with a general predominance of two-component associations that were isolated in 29 patients (56.9%) in group I, and 12 patients (66.7%) in group II. Three- and four-component associations of pathogens of CAP were found in 13 (25.5%), and 9 (17.6%) patients in group I, 4 (22.2%) and 2 (11.1%) patients in group II, in what pneumonia proceeded like mixt-infection. Significantly, that microbial associations were identified mainly in patients with CAP, in

which the zone of pneumonic infiltration was widespread and covered two lobes in one lung, or there was a polysegmental injury of both lungs.

In the presence of three- and four-component associations of pathogens of CAP, which were represented by combinations of mainly atypical bacterial agents with non-pneumococcal, atypical and gram-negative enterobacteria, in patients there was a complicated flow of CAP due to the development of exudative pleurisy, abscess pulmonary tissue or periscissuritis.

Thus, the results of the investigation of the infectious etiology of CAP which course on the background of chronic liver injury (HS) coincide

with the current contemporary notions of the negative effects of modifying factors, such as the presence of concomitant pathology and lesions of other organs and systems, other than respiratory in these patients, on composition of pathogens of CAP.

When choosing antibacterial therapy for patients with CAP that occurred the background of HS, we should take into account the prevalence among the etiological factors of the acute inflammatory process in the bronchopulmonary system of microbial associations, which included representatives of two or four species of bacteria, with the general predominance of two-component associations.

