

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

Выводы. Очевидно, что введение экзогенного мелатонина в вечернее время является оптимальным путем коррекции инсомнических нарушений у пожилых людей, так как бессонница в этом возрасте является следствием функциональной недостаточности эпифиза.

РОЛЬ СИСТЕМЫ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ

Прутян Т.Л., Шаныгин А.В.

*Научный руководитель: д. мед. н., профессор Игнатъев А.М.
Одесский национальный медицинский университет*

Кафедра профессиональной патологии, клинической, лабораторной и функциональной диагностики

Остеопороз (ОП) – распространенное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся уменьшением костной массы с нарушением микро-архитектоники костной ткани.

Исходя из последних исследований развития ОП было выяснено, что характер ремоделирования костной ткани во многом зависит от баланса остеопротегерина (ОПГ), относящимся к цитокиновой системе семейства α -фактора некроза опухолей (α -ФНО) и лиганда активатора рецептора ядерного фактора транскрипции капа В (NF- κ B)-RANKL. ОПГ выполняет функцию блокатора взаимодействия активатора рецептора (NF- κ B)-RANKL на поверхности преостеокластов, тем самым ингибируя конечную стадию дифференцировки остеокластов и резорбцию кости.

Цель. Изучить уровень ОПГ по отношению к маркерам костного обмена, минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и α -ФНО у работников с вредными условиями труда. Разработать схемы лечения ОП путем влияния на систему ОПГ.

Материалы и методы. В обследовании приняли участие 55 женщин в возрасте 48 - 58 лет находящиеся в менопаузе. Оценка МПКТ проводилась в поясничном отделе позвоночника и шейке бедренной кости при помощи двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. В сыворотке крови определялся уровень ОПГ, маркер CrossLaps (pCL) и α -ФНО. Контрольная группа состояла из 25 не работающих женщин того же возраста.

Выводы. Остеопенический синдром (Т-критерий $< -1SD$) зарегистрирован у 78 % работниц основной группы. Из них у 52% Т-критерий был снижен в двух исследуемых зонах до степени ОП, у 25% — до степени остеопении. Концентрация ФНО у пациентов основной группы была достоверно выше, чем в контрольной группе. При этом уровень α -ФНО позитивно коррелировал с маркером костной резорбции pCL ($r = 0,52$; $p = 0,042$) и негативно — с ОПГ ($p = 0,003$). Установлена прямая корреляция между концентрацией ОПГ в сыворотке крови и МПКТ как в поясничном отделе позвоночника, так и в шейке бедренной кости ($r = 0,56$; $p < 0,01$ и $r = 0,47$; $p < 0,05$ соответственно).

ВЛИЯНИЕ МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Руденко Т.А., Липакова Е.Ю.

(научный руководитель - д. мед. н., проф. М.А.Власенко)

Кафедра терапии и нефрологии

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков, Украина.*

Увеличение фиброзного каркаса – одно из проявлений диастолической дисфункции миокарда левого желудочка и прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН). В настоящее время рассматривается использование эхокардиографических методик с целью выявления фиброза, но из-за сложного алгоритма анализа и зависимости результата по

подготовке оператора, соответствующие методики требуют дальнейшего изучения и коррекции.

Цель: Изучить влияние миокардиального фиброза на развитие ХСН.

Материалы и методы: В исследовании брали участие 36 больных в возрасте 45- 67 лет, средний возраст которых ($58 \pm 2,7$ лет). 17 женщин (47,2 %) и 19 мужчин (52,8 %) с синдромом ХСН I –III ФК по NYHA. Контрольную группу составляли 20 пациентов без признаков кардиальной патологии. Распределение пациентов ИБС по стадиям ХСН: I стадия – 19,4 %, II стадия – 33,3%, III стадия 47,3 %. Всем больным проводилось электрокардиография, эхокардиография с определением общепринятых показателей систолической и диастолической функций сердца. Оценка содержания объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) в миокарде выполнена расчетным методом Shirani J. et al. (1992).

Результаты: В ходе исследования выявлено ОФИК у больных с ХСН I ст. была равна $3,03 \pm 0,78\%$, у контрольной группы $1,48 \pm 0,3$, у больных с ХСН II ст. ОФИК составила $4,36 \pm 1,35\%$. А у пациентов с ХСН III ст. в среднем $5,3 \pm 0,98\%$, что превышает в 2 раза нормальные значения показателя. В группе больных ХСН III – III ст. были отмечены достоверно большие значения конечного диастолического объема, конечного систолического объема, снижение фракции изгнания левого желудочка, при этом показатели трансмитрального кровотока у 27% оставались в пределах нормальных значений.

Выводы: Увеличения содержания коллагена в сердце ведет к снижению растяжимости миокарда в диастолу, это способствует развитию диастолической дисфункции. Определение степени выраженности миокардиального фиброза позволяет судить о прогнозе ХСН.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Степанова Е.В., Фельдман Д.А., Сёмова О.В.

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. О.Я. Бабак
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1,*

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

Цель: исследования: изучить гиполипидемический эффект статинов и урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы исследования: обследовано 60 пациентов с дислипидемией и НАЖБП. Всем пациентам был произведен биохимический анализ крови (общий холестерин (ОХС), ЛПНП, триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (АГ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ)).

Пациенты были разделены на 3 группы. Пациенты первой группы (n=20) применяли монотерапию статинами (Аторвастатин, 10 мг/сутки), пациенты второй группы (n=20) - УДХК (10 мг/кг в сутки), пациенты третьей группы (n=20) - статины в сочетании с УДХК (Аторвастатин, 10 мг/сутки, УДХК-10мг/кг в сутки). Эффект от терапии был оценен через 6 месяцев после начала исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. У первой группы пациентов ОХС снизился на 5,8%; уровень ЛПНП - на 17%; ТГ - на 5,0%; коэффициент АГ - на 38%; уровень ЛПВП повысился на 37,5%. У второй группы пациентов ОХС снизился на 4,3%; уровень ЛПНП - на 13,2%; ТГ - на 5,5%; коэффициент АГ - на 38%; уровень ЛПВП повысился на 37,5%. У третьей группы пациентов ОХС снизился на 10%; уровень ЛПНП – на 18%; ТГ - на 15,8%; коэффициент АГ – на 42,2%; уровень ЛПВП повысился на 44,4%. У пациентов всех групп АСТ и АЛТ оставались в норме, без изменений. Статины хорошо переносились пациентами с НАЖБП, побочные эффекты не выявлялись.