

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  $\alpha$ -фактора некроза опухолей ( $\alpha$ -ФНО) и лиганда активатора рецептора ядерного фактора транскрипции капа В (NF- $\kappa$ B)-RANKL. ОПГ выполняет функцию блокатора взаимодействия активатора рецептора (NF- $\kappa$ 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  $\alpha$ -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  $\alpha$ -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  $\alpha$ -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), аспаратаминотрансфераза (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.