

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,  
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету  
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

При морфологічних дослідженнях було виявлено, що зміни архітекtonіки внутрішньосерцевих хорд і різні анатомічні аномалії, обумовлюють порушення

їх підтримуючої функції, неравномірне навантаження на окремі частини стулок, розтягування і пролабування у порожнину ЛП.

Таким чином, на підставі дослідження були виявлені дизембріогенетичні походження ІМПК, які підтверджуються частим сполученням його з конституціональною сполучнотканинною дизплазією і різними кістковими аномаліями.

Існують наступні фактори виникнення ВПМК, які:

- обумовлені хворобами сполучної тканини, де утворюється міксоматозна трансформація стулок, хорд, ділятиці атріовентрикулярного кільця,
- пов'язані з захворюваннями серця (пролабування стулок обумовлено порушенням скорочення і розслаблення стінок ЛШ або виникненням шлуночково-клапанної диспропорції),
- які виникли при метаболічних, нейроендокринних та психоемоційних порушеннях, основне значення при цьому має порушення вегетативної іннервації стулок і підклапанного апарату.

**Висновок.** У ході дослідження визначили, що необхідна своєчасна діагностика та профілактика для попередження виникнення пролапсу мітрального клапану.

### ЦИТОКІНОВА АКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ

*Домінас В.М., Деміхова Н.В.\*, Безсмертна Р.В., Гавриленко А.М., Мазур Т.С.\**

*Сумська міська клінічна лікарня №1, Сумський державний університет\**

У прогресуванні серцево-судинних ускладнень при цукровому діабеті мають значення специфічні особливості серцевих, судинних, міопатичних і нейропатичних порушень. Важливою проблемою ураження серця при діабеті можна вважати нейропатію, зокрема, серцеву дисфункцію. Актуальним є вивчення ролі цитокінів в розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) при цукровому діабеті. З огляду на множинність, синергізм та плейотропну дію цитокінів, для вивчення цитокінопосередованих механізмів розвитку запалення в нирках є необхідною оцінка рівня інтерлейкінів (ІЛ) з про- (ІЛ-1 $\beta$ ) та протизапальними (ІЛ-10) властивостями в залежності від функціонального стану нирок.

Мета: вивчити вміст ІЛ-1 $\beta$  і ІЛ-10 в крові хворих на діабетичну нефропатію і АГ з урахуванням функціонального стану нирок.

Методи. Обстежено 47 хворих з цукровим діабетом 2 типу, діабетичною нефропатією і АГ. Добова протеїнурія склала  $0,8 \pm 0,09$  г/л у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) I і  $1,2 \pm 0,04$  г/л при ХХН II ( $p < 0,05$ ). Більш високий рівень протеїнурії був при ХХН II ст. ( $p < 0,01$ ), ніж при ХХН III ст. Рівень загального білка плазми у хворих ХХН III склав  $55,6 \pm 6,0$  г/л. У хворих із ХХН II ст. рівень швидкості клубочкової фільтрації склав ( $61,9 \pm 0,8$ ) мл / хв./м<sup>2</sup> і ХХН III ( $34,2 \pm 10,3$ ) мл/хв./м<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ). Кількісне визначення інтерлейкінів у сироватці крові проводилося твердофазним імуноферментним методом із застосуванням наборів реагентів ProCon IL-1 $\beta$  (Санкт-Петербург) і IL-10 ELISA (IBL, Hamburg).

Результати. У хворих ХХН II ст. вміст ІЛ-1 $\beta$  склало ( $64,3 \pm 15,5$ ) пкг/мл, в групі з ХХН в цілому ( $52,8 \pm 14,5$ ) пкг/мл, і у хворих ХХН II і ХХН III ( $52,6 \pm 17,8$ ) і ( $53,1 \pm 12,4$ ) пкг/мл відповідно ( $p < 0,05$  в порівнянні з контролем). Відзначено чітка тенденція зменшення вмісту ІЛ-1 $\beta$  зі збільшенням тяжкості порушення азотовидільної функції нирок. У хворих ХХН I вміст ІЛ-10 в плазмі крові було найбільшим з усіх хворих і склало ( $56,3 \pm 21,5$ ) пкг/мл, у хворих ХХН II - ( $35,0 \pm 8,1$ ) пкг/мл і ХХН III - ( $31,9 \pm 11,7$ ) пкг/мл, що вірогідно було вище контрольної групи. Співставляючи коефіцієнт співвідношення ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 відзначено, що при відсутності порушення азотовидільної функції нирок існує закономірність активації утворення як про-, так і протизапальних цитокінів, в той час як при ХХН III визначено відносну недостатність синтезу ІЛ-10. Переважання ІЛ-10 на етапі клінічних проявів у хворих АГ при діабетичній нефропатії зі збереженою функцією нирок відображає провідну роль компонентів гуморального імунітету. Подальша зміна співвідношення на користь ІЛ-1 $\beta$  при наростанні стадії ХХН характеризує перевага клітинних імунних реакцій.

Висновки. Для хворих з діабетичною нефропатією і АГ характерним є надмірне підвищення вмісту в сироватці крові як ІЛ-1 $\beta$ , так і ІЛ-10. При цьому у хворих зі збереженою функцією нирок виявлено переважання ІЛ-10, а при наростанні стадії ХХН відзначається зростання ІЛ-1 $\beta$ . У початковій стадії розвитку ХХН переважає гуморальна ланка імунітету.

### ВПЛИВ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

*Дужий І.Д., Попадинець В.М., Кравець О.В., Ніколаєнко А.С., Лохоня І.М., Рощенко Є.І.*

*Сумський державний університет*

Варикозна хвороба нижніх кінцівок являє собою одну з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я, яка веде до різних проявів хронічної венозної недостатності, впливає на стан окремих людей, а також на здоров'я суспільства в цілому. Наявність трофічних виразок призводить до порушення "якості" життя. На даний час, оцінка якості життя займає все більш міцне місце в медицині. Найбільш визнаним опитувальником хронічної венозної недостатності по праву визнаний опитувальник CIVIQ 2.

**Метою** нашого дослідження була оцінка якості життя у хворих з трофічними виразками венозного генезу.

Нами проведено анкетування 85 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу трофічних виразок венозного генезу. У всіх хворих мала місце хронічна венозна недостатність С4-С6 стадії по класифікації CEAP. Середній вік хворих склав 74 роки. Тривалість виразки склала не менше 1 року. Для оцінювання якості життя пацієнтів на варикозну хворобу було вибрано шкалу CIVIQ. Загальний бал отримували від 20 до 100, і чим більше значення, тим гірше.

Після анкетування проводився підрахунок балів. При порівнянні двох груп хворих було виявлено, що при розрахунку за стандартною формулою у основній групі показник якості життя дорівнював 45,7 балам, у контрольній групі